

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 124

LE

SÉRO-DIAGNOSTIC

DANS LA

Fièvre typhoïde et dans l'Embarras gastrique

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 mars 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HENRY ROCHETTE

Né à Serrières (Ardèche), le 14 septembre 1874



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1901



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 124

LE
SÉRO-DIAGNOSTIC

DANS LA
Fièvre typhoïde et dans l'Embarras gastrique

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 mars 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HENRY ROCHETTE

Né à Serrières (Ardèche), le 14 septembre 1874



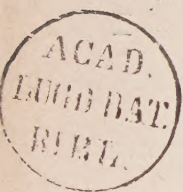
LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

1901



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE..... ASSESSEUR.
CROLAS..... QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....		BARD.
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques...		X.
Clinique des Maladies mentales.....		FOCHIER.
Physique médicale.....		GAYET.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		GAILLETON.
Chimie organique et Toxicologie.....		PIERRET.
Matière médicale et Botanique.....		MONOYER.
Parasitologie.....		HUGOUNENQ.
Anatomie.....		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.....		FLORENCE.
Physiologie.....		LORTET.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie externe.....		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		MORAT.
Anatomie pathologique.....		TEISSIER.
Médecine opératoire.....		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.....		MAYET.
Médecine légale.....		TRIPIER.
Hygiène.....		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.....		ARLOING.
Pharmacologie.....		LACASSAGNE.
		COURMONT.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes..... M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.....	MM. WEILL,	agrégé.
Maladies des voies urinaires.....	CHANDELUX,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS,	—
Accouchements.....	POLLOSSON (A.),	—
Propédeutique médicale.....	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.....	GANGOLPHE,	—
Botanique.....	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVLOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BERARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
ROILET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. ARLOING, Président ; M. COURMONT, Assesseur ;
MM. DOYON et PAVLOT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Au moment de terminer nos études médicales, nous sommes heureux d'adresser un modeste témoignage de reconnaissance à tous ceux qui nous ont aidé de leurs conseils ou manifesté leur sympathie pendant notre présence à l'Université lyonnaise.

M. le professeur Arloing nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous lui adressons nos plus respectueux remerciements.

M. le professeur J. Courmont s'est intéressé à nous, d'une façon toute spéciale, pendant nos études et a bien voulu faire partie de notre jury, nous le prions de compter sur notre entière gratitude.

Nous remercions vivement MM. Doyon et Paviot, agrégés, qui ont également fait partie de notre jury.

M. le docteur Paul Courmont, dans toutes les circonstances où nous avons eu recours à son obligeance, a fait preuve à notre égard d'une bienveillance précieuse dont nous avons usé largement. Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et ne nous a

ménagé ni ses conseils, ni ses peines. Nous lui adressons l'expression sincère de notre profonde reconnaissance.

Enfin, nous ne voulons pas partir sans envoyer un amical souvenir à tous nos camarades, déjà docteurs ou encore étudiants, qui ont partagé notre vie d'étudiant et à qui nous conserverons toujours une place dans notre mémoire.

INTRODUCTION

But et division du travail.

Cette thèse a pour but d'étudier la valeur du séro-diagnostic de Widal dans la *Fièvre typhoïde* et dans l'*Embarras gastrique*. Mais, sans nous inquiéter des travaux déjà parus, nous voulons faire porter notre thèse sur une statistique de faits nouveaux.

Les 202 cas de fièvre typhoïde ou autres affections, dans lesquelles on a eu recours au séro-diagnostic ont été réunis en un an, dans les hôpitaux de Lyon, grâce au *service général de bactériologie des hôpitaux*.

Notre thèse sera donc surtout un recueil de faits avec les conclusions que comporte une série de cas très nombreux, observés dans les *mêmes conditions*, en un *court espace de temps*, par un *même observateur*.

On sait, en effet, comment fonctionne, depuis deux

ans et demi, le service général de bactériologie des hôpitaux. C'est dans le laboratoire de M. Arloing que sont faits les différents examens bactériologiques, par M. P. Courmont chargé de ce service.

Le sang est contenu dans de petits tubes spéciaux qui sont envoyés par les chefs de service au laboratoire de bactériologie générale. Là se fait la recherche de l'agglutination et la réponse est envoyée le jour même. Ainsi l'examen clinique et l'examen du sérum sont faits absolument en dehors l'un de l'autre, et ce n'est qu'ensuite que les résultats sont rapprochés et comparés l'un à l'autre.

M. P. Courmont nous a fait réunir, dans ce travail tous les cas de séro-diagnostic positifs ou négatifs observés par lui, pour le service général de bactériologie des hôpitaux, du mois de mai 1899 au mois de mai 1900, exactement pendant un an, et dont les observations ont pu nous être obligeamment communiquées par nos maîtres des hôpitaux.

Nous y avons joint un certain nombre d'observations, également recueillies par lui, dans les mêmes conditions, dans la clinique de M. le professeur Bondet. Ainsi, nous ne saurions trop le répéter, tous les cas que nous rapportons ont été étudiés au point de vue de l'agglutination, par *un même observateur* et dans des *conditions absolument identiques*, ce qui est à peu près indispensable pour une statistique de quelque valeur (1).

(1) La technique employée par M. P. Courmont a toujours été celle qu'il indique dans sa thèse :

D'autre part, nos maîtres dans les hôpitaux de Lyon, MM. les professeurs Bondet, Teissier, Renaut, Bard, Roque, et MM. Chappet, Audry, Josserand, Devic, Lyonnet, Pollosson, Mouisset, Bouveret ont bien voulu nous communiquer les résultats de leurs observations au lit du malade et nous ont permis de résumer l'histoire de ces cas. Nous avons pu ainsi établir une statistique d'une année portant sur 202 cas de fièvres typhoïdes, d'embarras gastriques et d'autres affections diverses (1), étudiés au point de vue de l'agglutination du bacille d'Eberth.

Culture en bouillon peptoné lactosé.

Recherche de l'agglutination à 1 pour 10, 1 pour 30, 1 pour 50.

Examen microscopique au bout d'un temps ne dépassant jamais deux heures.

Les résultats que nous indiquons plus loin sont *positifs*, *négatifs*, *douteux* ou *faiblement positifs*. Cette notation, lorsqu'elle n'est pas accompagnée du chiffre d'agglutination, a la signification suivante :

Résultat négatif lorsqu'il n'y a absolument pas d'agglutination à 1/10.

Résultat positif lorsque l'agglutination est complète à 1/10 et au moins partielle à 1/30.

Résultat douteux lorsqu'à 1/10 on a des amas en petit nombre et de faible volume et beaucoup de bacilles mobiles.

Résultat faiblement positif lorsque l'agglutination, à peu près complète à 1/10, ne se produit plus au-delà de cette proportion.

On voit que, pour ces deux derniers résultats, il s'agit de nuances qui demandent un observateur exercé.

(1) Le nombre des séro-diagnostics faits par le service général de bactériologie des hôpitaux a dépassé de beaucoup celui des faits que nous avons pu recueillir. Ils sont exactement de 288 pour l'année 1899-1900, mais un certain nombre des observa-

Notre thèse est donc la continuation du travail de statistique commencé dans celle de M. Berne (1) et qui porte sur la période mai 1898-mai 1899.

Mais nous avons, en plus, observé d'une façon toute spéciale, un certain nombre de cas d'embarras gastrique (2). Cette dernière affection a été beaucoup moins étudiée au point de vue du séro-diagnostic que la fièvre typhoïde. Nos observations, au nombre de 31, prennent donc une certaine importance au point de vue de cette dernière maladie.

Notre thèse comporte donc trois parties :

Première partie. -- Le séro-diagnostic dans la fièvre typhoïde.

Deuxième partie. — Le séro-diagnostic dans l'embarras gastrique.

Troisième partie. — La séro-réaction dans les affections autres que la fièvre typhoïde.

La première partie, elle-même, se subdivise en deux chapitres :

1° Le séro-diagnostic dans les formes bénignes et moyennes de la fièvre typhoïde.

tions cliniques correspondantes n'ont pu être retrouvées par nous pour des raisons indépendantes de notre volonté.

(1) P. BERNE. — Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Lyon pendant un an. Thèse de Lyon 1899-1900.

(2) Les embarras gastriques ont presque tous été observés dans la clinique de M. Bondet. Pour augmenter la valeur de notre statistique, nous lui avons donné une étendue de deux années et l'avons fait partir de 1898.

2° Le séro-diagnostic dans les formes graves (compliquées, prolongées et mortelles) de la fièvre typhoïde.

Un appendice que nous ajoutons à cette première partie renferme :

a). Les formes anormales;

b). Les cas de fièvre typhoïde pour lesquels nous n'avons pu nous procurer les observations détaillées de la maladie, et où le séro-diagnostic est seulement accompagné du diagnostic clinique.

En résumé, notre thèse porte sur 202 observations inédites (fièvres typhoïdes, embarras gastriques, affections diverses) ayant demandé en tout 443 séro-diagnostic.

PREMIÈRE PARTIE

Le Séro-diagnostic dans 133 cas de fièvre typhoïde

CHAPITRE PREMIER

Le séro-diagnostic dans les formes bénignes et moyennes de la fièvre typhoïde.

Nous étudions, dans ce chapitre, les fièvres typhoïdes légères et moyennes, c'est-à-dire celles qui n'ont présenté, pendant leur évolution, aucune complication sérieuse et dont la durée ne s'est pas prolongée trop longtemps. Mais, s'il est facile de ranger parmi les cas graves ceux qui se terminent par la mort ou présentent soit une rechute, soit une hémorrhagie intestinale, etc., il en existe dont la seule gravité

dépend uniquement de la prolongation de la maladie. On comprend aisément que, dans ces cas, une limite arbitraire peut seule établir une séparation entre ces deux catégories. C'est pour cela que nous avons adopté le chiffre de cinq septénaires (35 jours) reconnu, en général, comme durée extrême des formes normales, comme limite au-delà de laquelle nous avons classé toutes les observations parmi les formes graves et sérieuses. Cependant certains cas, malgré l'absence de complications et de terminaison fatale, ont été classés dans cette dernière catégorie; la cause en est qu'ils ont présenté une gravité spéciale (formes ataxo-adyamiques, cérébrales, etc.).

Dans le tableau I, nous avons résumé les 46 cas de fièvres typhoïdes bénignes ou moyennes, ayant nécessité 104 séro-réactions. La colonne de gauche indique les jours de maladie où a été cherché le séro-diagnostic. En face, les trois colonnes : réaction positive, réaction douteuse et réaction négative, donnent le nombre et la réponse de ces réactions à chacun de ces jours. Chaque fois nous indiquons le numéro de l'observation en face du résultat du séro-diagnostic. Lorsque la séro-réaction a été cherchée plusieurs fois, nous indiquons entre parenthèses le résultat des examens antérieurs.

On voit ainsi d'un coup d'œil le nombre des réactions positives en regard des réactions douteuses et négatives, et cela à toutes les périodes de la fièvre typhoïde.

TABLEAU I

**Tableau du séro-diagnostic dans les formes moyennes
de la fièvre typhoïde**

JOURS	RÉACTION POSITIVE	RÉACTION DOUTEUSE	RÉACTION NÉGATIVE
5°	1 cas. — (Obs. I).		
6°	2 cas. — (Obs. II et III).		
7°	1 cas. — (Obs. IV),		
8°	2 cas. — (Obs. V et VI).		
9°	5 cas. — (Obs. VIII, IX, X, XI, XII).		1 cas (positif le 11° jour) (Obs. VII).
10°	1 cas (positif déjà le 7° jour). — (Obs. IV). 4 cas (Obs. XIII, XIV, XV, XVI).		
11°	1 cas (positif déjà le 8° jour). — Obs. VI). 1 cas (négatif déjà le 9° jour). — Obs. VII). 2 cas (Obs. XVII et XVIII).	1 cas (Obs. XIX).	
12°	1 cas (positif déjà les 7° et 10° jours). — (Obs. IV). 1 cas (positif déjà le 9° jour). — (Obs. XII). 2 cas (Obs. XXI, XXII).	1 cas (Obs. XX).	
13°	1 cas (positif déjà le 10° jour). — (Obs. XV). 2 cas (Obs. XXIII et XXIV).	1 cas (Obs. XXV).	
14°	1 cas (positif déjà le 11° jour). — (Obs. XVII).		
15°	1 cas (positif déjà les 8° et 11° jours). — (Obs. VI) 1 cas (positif déjà les 9° et 12° jours). — (Obs. XII). 3 cas. — (Obs. XXVI, XXVII, XXIX).	2 cas (Obs. XXVIII et XXX).	
16°	1 cas (3° jour d'apyrexie) (positif déjà les 7°, 10°, 12° jours). — (Obs. IV). 1 cas (positif déjà les 10° et 13° jours). — (Obs. XV). 5 cas. — (Obs. XXXI, XXXII, XXXIII, XXXIV, XXXV).		
18°	1 cas (positif déjà les 8°, 11° et 15° jours). — (Obs. VI). 1 cas (3° jour d'apyrexie) (positif déjà les 9°, 12°, 15° jours). — (Obs. XII). 1 cas (positif déjà les 11°, 14° jours). — (Obs. XVII). 1 cas. — (Obs. XXXVI).		
19°	1 cas (positif déjà les 10°, 13°, 16° jours). — (Obs. XV). 1 cas positif déjà le 15° jour). — (Obs. XXVI). 1 cas (positif déjà le 16° jour). — Obs. XXXIV). 1 cas. — Obs. XXXVII).		
20°	1 cas. — (Obs. XXXVIII).		
21°	1 cas (positif déjà 4 fois du 8° au 18° jour). — (Obs. VI). 1 cas (positif déjà 4 fois du 9° au 18° jour). — Obs. XII). 1 cas (2° jour d'apyrexie) (positif déjà 4 fois du 10° au 19° jour). — (Obs. XV). 1 cas (5° jour d'apyrexie) (positif déjà le 12° jour (Obs. XXI). 1 cas. — (Obs. XXXIX).	1 cas (Obs. XL).	
22°	1 cas positif déjà les 11°, 14°, 18° jours). — Obs. XVII). 1 cas (positif déjà les 16° et 19° jours). — (Obs. XXXIV).		
23°	1 cas (positif déjà les 15° et 19° jours). — (Obs. XXVI). 2 cas. — (Obs. XLI, XLII).		
24°	1 cas (positif déjà 5 fois du 8° au 21° jour). — (Obs. VI).		

TABLEAU I (suite et fin)

JOURS	RÉACTION POSITIVE	RÉACTION DOUTEUSE	RÉACTION NEGATIVE
25°	1 cas (positif déjà 4 fois du 11° au 22° jour). — (Obs. XVII). 1 cas (positif déjà les 16°, 19°, 22° jours). — (Obs. XXXIV). 1 cas (positif déjà le 20° jour). — (Obs. XXXVIII).		
26°	1 cas. — (Obs. XLIII).		
27°	1 cas (2° jour d'apyrexie) (positif déjà 6 fois du 8° au 24° jour). — (Obs. VI). 1 cas (positif déjà les 15°, 19°, 23° jours). — Obs. XXVI). 1 cas (positif déjà les 20°, 25° jours). — (Obs. XXXVIII). 1 cas (positif déjà le 21° jour). — (Obs. XXXIX).		
28°	1 cas (positif déjà 5 fois du 11° au 25° jour). — (Obs. XVII). 1 cas. — (Obs. XLIV).		
29°	1 cas (positif déjà 4 fois du 16° au 25° jour). — Obs. XXXIV). 1 cas (positif déjà les 20°, 25°, 27° jours). — (Obs. XXXVIII).		
30°	1 cas (2° jour d'apyrexie) (déjà 4 fois positif du 15° au 27° jour). — (Obs. XXVI). 1 cas (2° jour d'apyrexie) (positif déjà les 21°, 27° jours) — (Obs. XXXIX).		
31°	1 cas (positif déjà 7 fois du 8° au 27° jour). — (Obs. VI). 1 cas (positif déjà 5 fois du 16° au 29° jour). — (Obs. XXXIV). 1 cas. — (Obs. XLV).		
32°	1 cas (positif déjà 5 fois du 15° au 30° jour). — (Obs. XXVI). 1 cas (positif déjà 4 fois du 20° au 29° jour). — (Obs. XXXVIII).		
33°	1 cas (positif déjà les 21°, 27°, 30° jours). — (Obs. XXXIX). 1 cas. — (Obs. XLVI).		
34°	1 cas (positif déjà 8 fois du 8° au 31° jour). — (Obs. VI). 1 cas (5° jour d'apyrexie) (positif déjà 6 fois du 11° au 28° jour (Obs. XVII). 1 cas (1 ^{er} jour d'apyrexie) (positif déjà 6 fois du 16° au 31° jour). — (Obs. XXXIV).		
36°	1 cas (2° jour d'apyrexie) (positif déjà 5 fois du 20° au 32° jour). — (Obs. XXXVIII). 1 cas (positif déjà 4 fois du 21° au 33° jour). — (Obs. XXXIX).		
37°	1 cas (positif déjà 7 fois du 16° au 34° jour). — (Obs. XXXIV).		
39°	1 cas (positif déjà 9 fois du 8° au 34° jour). — (Obs. VI). 1 cas (positif déjà 6 fois du 15° au 32° jour). — (Obs. XXVI). 1 cas (positif déjà 8 fois du 16° au 37° jour). — Obs. XXXIV). 1 cas (positif déjà 6 fois du 20° au 36° jour). — (Obs. XXXVIII). 1 cas (positif déjà 5 fois du 21° au 36° jour). — (Obs. XXXIX).		
42°	1 cas (positif déjà 9 fois du 16° au 39° jour). — (Obs. XXXIV). 1 cas (positif déjà 6 fois du 21° au 39° jour). — (Obs. XXXIX).		
43°	1 cas (positif déjà 10 fois du 8° au 39° jour). — (Obs. VI).		
45°	1 cas (positif déjà 10 fois du 16° au 42° jour). — (Obs. XXXIV).		
47°	1 cas (positif déjà 11 fois du 8° au 43° jour). — (Obs. VI). 1 cas (positif déjà 11 fois du 16° au 45°). (Obs. XXXIV).		

Si nous résumons maintenant le résultat de notre tableau, nous voyons que nous avons :

Nombre de fièvres typhoïdes observées....	46
Nombre de fièvres typhoïdes à réaction positive dès le premier examen.....	39 soit 85 %
Nombre de fièvres typhoïdes à séro-réaction douteuse dès le premier examen.....	6
Nombres de fièvres typhoïdes à réaction négative dès le premier examen.....	1 soit 2,2 %

Si maintenant nous totalisons le nombre des séro-réactions faites pour ces 46 cas, nous obtenons :

Nombre de réactions faites.....	104
Nombre de réactions positives.....	97
Nombre de réactions douteuses.....	6
Nombre de réactions négatives.....	1 (1)

L'examen du tableau I nous montre donc que, dans 46 fièvres typhoïdes légères et moyennes, on a cherché 104 fois la réaction agglutinante. Cette recherche a été effectuée à des époques bien différentes de la maladie, variant du cinquième au quarante-septième jour. Il est utile de faire remarquer que les recherches, faites après le trente-cinquième jour, concernent des cas où le malade était déjà dans la période d'apyrexie, mais où, pour des raisons

(1) Sans doute le nombre des fièvres typhoïdes du service général de bactériologie des Hôpitaux où la séro-réaction a été négative est plus considérable, mais nous ne parlons ici que des cas positifs ou négatifs où nous avons pu retrouver l'observation clinique qui, seule, donne de la valeur pour notre statistique.

particulières, on a continué à étudier la séro-réaction.

Quant aux cas à réaction douteuse, remarquons que, sauf pour un cas (Obs. XL) où la recherche a été faite le vingt-et-unième jour de la maladie, toutes les séro-réactions douteuses ont été obtenues avant le quinzième jour, c'est-à-dire à une époque de la maladie où le séro-diagnostic est considéré comme moins constant. Par conséquent, pour se former une opinion précise sur la nature réelle de l'affection, il aurait fallu refaire le séro-diagnostic. Dans ces conditions il est probable qu'une deuxième réponse aurait été positive.

Nous voyons, en outre, que la réaction négative ne s'est montrée que *dans un cas* (Obs. VII). Or, une seconde recherche, opérée deux jours après, a donné une réponse positive. Nous pouvons donc dire que l'agglutination complète, au moins à 1 pour 10, s'observe dans l'immense majorité des cas, et n'a jamais été absente d'une façon définitive.

Nous devons faire remarquer, à ce sujet, que cette conclusion est d'autant plus fondée que les cas de fièvre typhoïde, dans lesquels on a cherché la séro-réaction, sont ceux où le diagnostic, hésitant en clinique, avait besoin d'une confirmation nouvelle et où, parfois, une maladie concomitante pouvait peut-être, en rendant plus difficile le diagnostic, troubler aussi l'évolution naturelle de la maladie. Il s'en suit que le pourcentage des cas négatifs serait certainement plus faible si on appliquait la recherche de la

séro-réaction à toutes les fièvres typhoïdes prises indistinctement.

Cela suffit, pensons-nous, à montrer combien la séro-réaction de Widal est constante dans les fièvres typhoïdes cliniquement avérées.

Nous donnons ci-après le résumé des 46 observations des formes bénignes et moyennes de fièvre typhoïde. Nous les avons placées dans l'ordre du jour où la séro-réaction a été cherchée pour la première fois.

OBSERVATION I

DOTHIÉNENTÉRIE.

F..., née G..., 26 ans.

Entrée en mars 1900, salle Ste-Marie, n° 16, service de M. Roque.

La durée de la maladie est de 25 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 20 jours.

Le maximum de température est de 39°8, les 6^e et 7^e jours.

Les taches rosées n'ont pas été constatées.

La gravité est légère.

Il n'y a pas de rechute.

Comme complications, il n'y a qu'un peu de délire.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 5^e jour (21 mars).

A 1 pour 10 et à 1 pour 30 : agglutination très forte.

A 1 pour 50 : agglutination nette, malgré d'assez nombreux bacilles mobiles.

OBSERVATION II

FIÈVRE TYPHOÏDE

B..., Claude, 42 ans.

Entré en août 1899, salle St-Irénée, n° 45, service de M. Chappet.

La durée de la maladie est de 25 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 21 jours.

Le maximum de température est de 40° les 10^e et 22^e jours.

Les taches rosées n'ont pas été constatées.

La gravité est moyenne, traînante.

Il n'y a pas de rechute.

Comme complications, on note un cœur sourd, nécessitant des piqûres de caféïne; des frissons avec douleurs de jambe du côté de l'injection de sérum et avec fièvre les 23^e et 24^e jours.

La terminaison est l'envoi à Longchêne.

Le **séro-diagnostic** est très fortement *positif* le 22 août, 6^e jour.

A 1 pour 10 : agglutination complète.

A 1 — 30 : — —

A 1 — 50 : — —

OBSERVATION III

FIÈVRE TYPHOÏDE

B..., 35 ans.

Entré en septembre 1899, salle Ste-Jeanne, n° 6, service de M. Teyssier.

La durée de la maladie est de 15 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 10 jours.

Le maximum de température est de 40°3 le 5^e jour.

Les taches rosées n'ont pas été constatées.

La gravité est bénigne.

Il n'y a pas de rechute.

Il n'y a pas de complications.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 6^e jour (1^{er} septembre).

OBSERVATION IV

TYPHOÏDETTE

G... Xavier, 25 ans (1).

Entré en décembre 1899, salle St-Augustin, service de M. Bondet.

La durée de la maladie est de 13 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 7 jours.

Le maximum de température est de 40° le 8^e jour.

Les taches rosées sont constatées les 6^e et 10^e jours.

La gravité est légère.

Il n'y a pas de rechute.

Comme complications on constate du vertige et de l'albumine.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif*.

Agglutination complète à 1 pour 100 le 7^e jour, 13 décembre.

— 1 — 100 le 10^e jour, 16 décembre.

— 1 — 100 le 12^e jour, 18 décembre.

— 1 — 150 le 16^e j., 3^e j. d'apyrexie.

OBSERVATION V

DOTHIÉNENTÉRIE

P... Marie, 21 ans.

Entrée en mai 1899, salle Ste-Blandine, n° 45, service de M. Audry.

(1) In Thèse de BARBAROUX.

La durée de la maladie est de 21 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 16 jours.

Le maximum de température est de 39° les 9^e et 12^e jours.

Les taches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est légère.

Il n'y a pas de rechute.

Comme complications on constate une bronchite du sommet droit.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 8^e jour (27 mai).

OBSERVATION VI (1).

FIÈVRE TYPHOÏDE BÉNIGNE

D... Jacques, 27 ans.

Entré en décembre 1899, salle St-Augustin, n° 42, service de M. Bondet.

La durée de la maladie est de 25 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 19 jours.

Le maximum de température est de 40°5 les 8^e et 9^e jours.

Les taches rosées sont constatées le 10^e et très nombreuses le 18^e jour.

La gravité est légère.

Il n'y a pas de rechute.

Il n'y a pas de complications.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif*.

Agglutination complète à 1 pour 50 le 8^e jour, 9 décembre.

— 1 — 50 le 11^e jour.

— 1 — 150 le 15^e jour.

— 1 — 400 le 18^e jour.

— 1 — 350 le 21^e jour.

— 1 — 200 le 24^e jour.

— 1 — 200 le 27^e jour, 2^e j. d'apyrexie.

(1) In Thèse de BARBAROUX. Observation VI.

Agglutination complète à 1 pour 150 le 31^e jour.

— 1 — 100 le 34^e jour.

— 1 — 100 le 39^e jour.

— 1 — 80 le 43^e jour.

— 1 — 50 le 47^e jour.

OBSERVATION VII

DOTHÉNENTÉRIE

M... Marie, 27 ans.

Entrée en juin 1899, salle Ste-Clotilde, n° 16, service de M. Roque.

La durée de la maladie est de 11 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 19 jours.

Le maximum de température est de 40°5 les 9^e et 10^e jours.

Les taches rosées sont constatées le 19 juin.

La gravité est moyenne.

Il n'y a pas de rechute.

Comme complications on constate un abcès dans le creux axillaire (le 9^e jour), qui avorte complètement.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est : 1° *Négatif* le 9^e jour (20 juin).

2° *Positif* le 11^e jour (22 juin).

A 1 p. 10, agglutination incomplète (amas et bacilles mobiles).

A 1 p. 30: agglutination complète.

A 1 p. 50, agglutination négative (bacilles mobiles).

OBSERVATION VIII

FIÈVRE TYPHOÏDE

B..., Jean, 34 ans.

Entré en juillet 1899, salle St-Irénée, n° 43, service de M. Chappet.

La durée de la maladie est de 20 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 14 jours.

Le maximum de la température est de 40°4 le 7^e jour.

Les taches rosées sont constatées en petite quantité le 6^e jour, et plus nombreuses le 9^e jour.

La gravité est moyenne.

On constate une rechute (recrudescence ?) de cause inconnue.

Il n'y a pas de complications.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 9^e jour (6 juillet).

A 1 pour 10, agglutination complète.

A 1 — 30, — — —

A 1 — 50, — — —

OBSERVATION IX

DOTHÉNENTÉRIE.

B.... Lucien, 19 ans.

Entré en août 1899, salle St-Eucher, n° 12, service de M. Mouisset.

La durée de la maladie est de 28 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 20 jours.

Le maximum de température est de 39°5.

Les taches rosées sont constatées le 8^e jour.

La gravité est légère.

Il n'y a pas de rechute.

Il n'y a pas de complications.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 9^e jour (29 août).

A 1 pour 10, agglutination complète.

A 1 — 30, agglutination incomplète (amas et bacilles mobiles).

A 1 pour 50, agglutination négative.

OBSERVATION X

SURMENAGE. — DOTHIÉNENTÉRIE.

C..., Fanny, 27 ans.

Entrée en octobre 1899, salle Ste-Clotilde, n° 11, service de M. Roque.

La durée de la maladie est de 16 jours.

La durée de la fièvre est de 6 jours.

Le maximum de température est de 39°5, le 11^e jour.

Les taches rosées sont constatées le 13 octobre (11^e jour).

La gravité est bénigne.

Il n'y a pas de rechute.

Comme complications, on constate une éruption vésico-papuleuse varioliforme.

La terminaison est le passage aux variolées.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 9^e jour (11 octobre).

A 1 pour 10, agglutination complète.

A 1 — 30, — — —

A 1 — 50, agglutination incomplète (amas et nombreux bacilles mobiles).

OBSERVATION XI

DOTHIÉNENTÉRIE.

C..., Victor, 18 ans.

Entré en octobre 1899, salle St-Nizier, n° 24, service de M. Roque.

La durée de la maladie est inconnue.

La durée de la fièvre à l'hôpital est inconnue.

Le maximum de température est inconnu.

Les taches rosées sont constatées le 9^e jour.

La gravité est légère.

Il n'y a pas de rechute.

Il n'y a pas de complications.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 9^e jour (21 octobre).

OBSERVATION XII (1)

FIÈVRE TYPHOÏDE.

S..., Léon, 24 ans.

Entré en novembre 1899, salle St-Augustin, n° 26, service de M. Bondet.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 7 jours.

La durée de la maladie est de 15 jours.

Le maximum de température est de 39°9, le 12^e jour.

Les taches rosées sont constatées le 9^e jour.

La gravité est très bénigne.

Il n'y a pas de rechute.

Comme complications on constate de la rougeur et quelques plaques opalines sur les piliers antérieurs. Aux poumons des ronchus et sibilances.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif*.

Agglutination complète :	1	pour	60	le 9 ^e jour, 10 novembre.
—	—	1	—	80 le 12 ^e jour.
—	—	1	—	200 le 15 ^e jour.
—	—	1	—	350 le 18 ^e jour, 3 ^e jour d'apyrexie
—	—	1	—	400 le 21 ^e jour.

(1) Voir Thèse de P. DUMAINE (Observation III).

OBSERVATION XIII

DOTHIÉNENTÉRIE.

F..., Joséphine, 48 ans.

Entrée en juillet 1899, salle Ste-Marie, n° 25, service de M. Bouveret.

La durée de la maladie est de 16 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 7 jours.

Le maximum de température est de 39°7 le 10^e jour.

Les taches rosées sont constatées d'une façon douteuse le 9^e jour.

La gravité est légère.

Il n'y a pas de rechute.

Il n'y a pas de complications.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 10^e jour (18 juillet).

A 1 pour 10 : agglutination complète.

A 1 — 30 : — — —

A 1 — 50 : — — —

OBSERVATION XIV

FIÈVRE TYPHOÏDE.

D..., Françoise, 28 ans.

Entrée en juillet 1899, salle Ste-Marie, n° 7, service de M. Bouveret.

La durée de la maladie est inconnue.

La durée de la fièvre à l'hôpital est inconnue.

Le maximum de température est inconnu.

Les taches rosées n'ont pas été constatées.

La gravité est légère.

Il n'y a pas de rechute.

Il n'y a pas de complications.

La terminaison est bonne.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 10^e jour (25 juillet).

A 1 pour 10 : agglutination complète.

A 1 — 30 : — —

A 1 — 40 : — —

A 1 — 50 : agglutinat. incompl. (amas et bacilles mobiles).

OBSERVATION XV (1)

FIÈVRE TYPHOÏDE.

P..., Madeleine.

Entrée en septembre 1899, salle B. Teyssier, n° 6, service de M. Bondet.

La durée de la maladie est de 19 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 11 jours.

Le maximum de température est de 40° les 8^e et 9^e jours.

Les taches rosées ne sont pas constatées à l'entrée et d'une façon douteuse les 8^e et 11^e jours.

La gravité est bénigne.

Il n'y a pas de rechute.

Comme complications on note des frissons, une surdité légère et de l'agitation nocturne.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif*.

Agglutinat. complète : 1 pour 100 le 10^e jour (25 sept.)

— — 1 — 100 le 13^e jour.

— — 1 — 350 le 16^e jour.

— — 1 — 400 le 19^e jour.

— — 1 — 200 le 21^e jour. 2^e j. d'apyrexie.

(1) Voir Thèse de P. DUMAINE (Observation V).

OBSERVATION XVI

DOTHIÉNENTÉRIE

M..., Jean-Pierre, 19 ans.

Entré en novembre 1899, salle St-Nizier, n° 27, service de M. Roque.

La durée de la maladie est inconnue.

La durée de la fièvre est inconnue.

Le maximum de température est de 39°3.

Les taches rosées sont constatées le 10^e jour.

La gravité est bénigne.

Il n'y a pas de rechute.

Il n'y a pas de complications.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 10^e jour (9 novembre).

A 1 pour 10 : agglutination complète.

A 1 — 30 : — —

A 1 — 50 : — —

OBSERVATION XVII (1)

FIÈVRE TYPHOÏDE

F..., Auguste, 33 ans.

Entré en juillet 1899, salle St-Augustin, n° 44, service de M. Bondet.

La durée de la maladie est de 29 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 20 jours.

Le maximum de température est de 40°6, le 10^e jour.

Les taches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est bénigne.

(1) Voir Thèse de P. DUMAINE (Obs. XXIV).

Il n'y a pas de rechute.

Comme complications on constate une légère atteinte de muguet, ne durant que trois ou quatre jours le 25^e jour, précédée d'une légère recrudescence de température.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif*.

Agglutination complète : 1 pour 50 le 11^e jour (22 juillet).

—	1	—	80	le 14 ^e jour.
—	1	—	20	le 18 ^e jour.
—	1	—	20	le 22 ^e jour.
—	1	—	20	le 25 ^e jour.
—	1	—	20	le 28 ^e jour.
—	1	—	50	le 34 ^e jour 5 ^e j. d'apyrexie.

OBSERVATION XVIII

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU A 20 ANS. — PLEURÉSIE DROITE A 29 ANS. — SCIATIQUE GAUCHE A 32 ANS. — ACTUELLEMENT DOTHÉNENTÉRIE.

D..., Joseph, 33 ans.

Entré en mars 1900, salle St-Pierre, n° 24, service de M. Roque.

La durée de la maladie est de 31 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 23 jours.

Le maximum de température est de 39°6, le 9^e jour.

Les taches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est légère.

Il n'y a pas de rechute.

Il n'y a pas de complications.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 11^e jour (28 mars).

A 1 pour 40 : agglutination complète.

A 1 — 30 : — incomplète (amas nombreux et bacilles mobiles).

OBSERVATION XIX

FIÈVRE TYPHOÏDE A ÉVOLUTION NORMALE

A..., Aimée, 27 ans.

Entrée en février 1900, salle des 4^e Femmes, n° 24, service de M. Teyssier.

La durée de la maladie est de 20 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 13 jours.

Le maximum de température est de 40°1, le 4 mars, 13^e jour.

Les taches rosées sont constatées, très nombreuses, le 28 février, 8^e jour.

La gravité est légère.

Il n'y a pas de rechute.

Il n'y a pas de complications.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif faible* le 11^e jour (2 mars).

Malgré la présence de quelques amas même à 1 p. 50, les bacilles mobiles sont nombreux, même à 1 pour 10.

OBSERVATION XX

FIÈVRE TYPHOÏDE.

T..., Marie-Louise, 24 ans.

Entrée en avril 1900, salle des 1^{res} Femme, n° 9, service de M. Chappet.

La durée de la maladie est de 24 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 11 jours.

Le maximum de température est de 40° 9, le 12^e jour.

Les taches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est légère.

Il n'y a pas de rechute.

Comme complications on constate un souffle systolique (d'anémie).

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *douteux* le 12^e jour (7 avril).

OBSERVATION XXI (1)

RÉTRÉCISSEMENT MITRAL. — TUBERCULOSE PULMONAIRE. —
FIÈVRE TYPHOÏDE.

C...., Antoine, 34 ans.

Entré en septembre 1899, salle St-Augustin, n° 40, service de M. Bondet.

La durée de la maladie est de 16 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 10 jours.

Le maximum de température est de 39° 6 le 8^e jour.

Les taches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est moyenne.

Il n'y a pas de rechute.

Comme complications on constate une petite ulcération sur le pilier droit, le 9^e jour; râles dans le poumon.

Le **séro-diagnostic** est *positif*.

1^o Le 12^e jour (12 septembre).

A 1 pour 10 : agglutination complète (petits amas).

A 1 — 50 : agglutination négative (nombreux bacilles mobiles).

2^o Le 21^e jour (21 septembre).

A 1 pour 100 : agglutination complète.

OBSERVATION XXII

DOTHIÉNENTÉRIE.

R...., Louis, 23 ans.

Entré en septembre 1899, salle St-Nizier, n° 22, service de M. Roque.

(1) Voir Thèse de BARBAROUX.

La durée de la maladie est inconnue.

La durée de la fièvre à l'hôpital est inconnue.

Le maximum de température est de 39° 6, le 11^e jour (27 septembre).

Les tâches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est légère.

Il n'y a pas de rechute.

Comme complications on constate quelques vertiges.

La terminaison est l'envoi à Longchêne.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 12^e jour (28 septembre).

A 1 pour 10 : agglutination complète (amas).

A 1 — 30 : — — —

A 1 — 50 : agglutination incomplète, (amas et bacilles mobiles.)

OBSERVATION XXIII

FIÈVRE TYPHOÏDE CONTRACTÉE A VALENCE (ÉPIDÉMIE).

S...., Adolphe, 23 ans.

Entré en août 1899, salle St-Irénée, n° 40, service de M. Chappet.

La durée de la maladie est de 32 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 22 jours.

Le maximum de température est de 40° les 12^e, 14^e et 16^e jours.

Les tâches rosées ne sont pas constatées le 11^e jour, mais le sont le 17^e.

La gravité est moyenne.

Il n'y a pas de rechute.

Comme complications on constate de l'albumine.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *très-positif* le 13^e jour (19 août).

A 1 pour 10 : agglutination complète en une demi-heure.

A 1 — 50 : agglutination complète en une heure.

OBSERVATION XXIV

DOTHIÉNENTÉRIE LÉGÈRE.

M..., Henri, 30 ans.

Entré en octobre 1899, salle Saint-Irénée, n° 47, service de M. Chappet.

La durée de la maladie est de 30 jours.

La durée de la fièvre, à l'hôpital, est de 22 jours.

Le maximum de température est de 40° le 7^e jour.

Les taches rosées sont constatées sur l'abdomen et le thorax le 9^e jour.

La gravité est légère.

Il n'y a pas de rechute.

Il n'y a pas de complications.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *très positif* le 13^e jour (4 novembre).

A 1 pour 10 : agglutination complète.

A 1 — 30 — —

A 1 — 50 — —

OBSERVATION XXV

DOTHIÉNENTÉRIE.

M..., Marie, 29 ans.

Entrée en août 1899, salle Sainte-Marie, n° 21, service de M. Bouveret.

La durée de la maladie est de 22 jours.

La durée de la fièvre, à l'hôpital, est de 10 jours.

Le maximum de température est de 40°4 le 13^e jour, 40°5 le 18^e jour.

Les taches rosées sont douteuses le 13^e jour.

La gravité est légère.

Il n'y a pas eu de rechute.

Il n'y a pas de complications.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *douteux* le 13^e jour (30 août).

Il a été envoyé trop peu de sang pour faire la séro-réduction dans de bonnes conditions.

OBSERVATION XXVI (1)

FIÈVRE TYPHOÏDE MOYENNE

S..., Jean, 35 ans.

Entré en juillet 1899, salle Saint-Augustin, n° 33, service de M. Bondet.

La durée de la maladie est de 29 jours.

La durée de la fièvre, à l'hôpital, est de 14 jours.

Le maximum de température est de 39°6 le 23^e jour.

Les taches rosées sont constatées le 15^e jour.

La gravité est moyenne.

Il n'y a pas de rechute.

Comme complications, on constate : quelques râles de bronchite et un peu de muguet.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif*.

Agglutination complète à 1 pour 10 le 15^e jour (21 juillet).

— — 1 — 10 le 19^e jour.

— — 1 — 10 le 23^e jour.

— — 1 — 20 le 27^e jour.

— — 1 — 20 le 30^e jour (2^e j. d'apyrexie).

— — 1 — 20 le 32^e jour.

— — 1 — 100 le 39^e jour (11^e j. d'apyrexie).

(1) Voir Thèse de Dumaine, Observation XXIII.

OBSERVATION XXVII

FIÈVRE TYPHOÏDE.

E..., Auguste, 16 ans.

Entré en novembre 1899, salle Saint-Nizier, n° 23, service de M. Roque.

La durée de la maladie est de 30 jours.

La durée de la fièvre, à l'hôpital, est de 18 jours.

Le maximum de température est de 40°1 le 13^e jour.

Les taches rosées sont constatées le 15^e jour.

La gravité est moyenne.

Il n'y a pas de rechute.

Il n'y a pas de complications.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 15^e jour (28 novembre).

A 1 pour 10 : agglutination complète.

A 1 — 30 — —

A 1 — 50 — —

OBSERVATION XXVIII

FIÈVRE TYPHOÏDE. — VARIOLE.

G..., Hortense, 35 ans.

Entrée en décembre 1899, salle des Deuxièmes Femmes, n° 19, service de M. Jossierand.

La durée de la maladie est de 23 jours.

La durée de la fièvre, à l'hôpital, est de 11 jours.

Le maximum de température est de 39°7 le 15^e jour.

Les taches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est légère.

Il n'y a pas de rechute.

Il n'y a pas de complications.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *douteux* le 15^e jour (2 janvier).

A 1 pour 10 : agglutination incomplète (quelques amas, mais petits; avec de nombreux bacilles mobiles).

OBSERVATION XXIX

FIÈVRE TYPHOÏDE. — TÊNIA. — PÉRIOSTITE DU GENOU GAUCHE

M..., André, 14 ans.

Entré en avril 1899, salle Sainte-Céline, n° 16, service de M. Audry.

La durée de la maladie est de 36 jours.

La durée de la fièvre, à l'hôpital, est de 22 jours.

Le maximum de température est de 40°3 les 15^e, 17^e, 19^e jours.

Les taches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est moyenne.

Il n'y a pas de rechute.

Il n'y a pas de complications.

La terminaison est la guérison..

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 15^e jour (13 avril).

A 1 pour 10 : agglutination complète (très nombreux amas).

A 1 — 30 — — — — —

A 1 pour 50 : agglutination complète (malgré quelques bacilles mobiles).

OBSERVATION XXX

FIÈVRE TYPHOÏDE.

C..., Charles, 20 ans.

Entré en mai 1900, salle Sainte-Marguerite, n° 7, service de M. Josserand.

La durée de la maladie est de 22 jours.

La durée de la fièvre, à l'hôpital, est de 8 jours.

Le maximum de température est de 40°3 le 14^e jour.

Les taches rosées sont constatées le 14^e jour.

La gravité est légère.

Il n'y a pas de rechute.

Comme complications, on constate une ulcération sur le pilier gauche.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *faiblement positif* le 15^e jour (15 mai).

A 1 pour 10 : agglutination incomplète (quelques amas, mais nombreux bacilles mobiles.

A 1 pour 30 : agglutination négative.

OBSERVATION XXXI

FIÈVRE TYPHOÏDE.

M..., Léonard, 17 ans.

Entré en août 1899, salle Ste-Jeanne, n° 9, service de M. Teyssier,

La durée de la maladie est de 18 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 8 jours.

Le maximum de température est de 39° 6.

Les taches rosées sont constatées en petit nombre le 12^e jour.

La gravité est bénigne.

Il n'y a pas de rechute.

Il n'y a pas de complications.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 16^e jour (14 août).

A 1 pour 10 : agglutination complète.

A 1 pour 30 : — — — — —

A 1 pour 50 : — — — — —

OBSERVATION XXXII

FIÈVRE TYPHOÏDE.

G..., Jean, 18 ans.

Entré en septembre 1899, salle St-Nizier, n° 24, service de M. Roque.

La durée de la maladie est de 20 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 4 jours.

Le maximum de température est de 39° 2 le 16^e jour (7 septembre).

Les taches rosées sont constatées, mais douteuses le 16^e jour.

La gravité est légère.

Il n'y a pas de rechute.

Il n'y a pas de complications.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 16^e jour (7 septembre).

A 1 pour 10 : agglutination complète.

A 1 — 30 : — —

A 1 — 50 : — —

OBSERVATION XXXIII

DOTHÉNENTÉRIE.

G..., Jean, 30 ans.

Entré en août 1899, salle St-Nizier, n° 25, service de M. Roque.

La durée de la maladie est de 32 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 18 jours.

Le maximum de température est de 40° 2 le 15^e jour.

Les taches rosées sont constatées en petit nombre sur l'abdomen et le dos le 15^e jour, et très abondantes le 29^e jour.

La gravité est moyenne.

Il n'y a pas de rechute.

Comme complications on constate une asthénie considérable.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 16^e jour (24 octobre).

A 1 pour 50 : agglutination complète.

OBSERVATION XXXIV (1)

FIÈVRE TYPHOÏDE.

T..., Antoine, 16 ans.

Entré en novembre 1899, salle St-Augustin, n° 1, service de M. Bondet.

La durée de la maladie est de 33 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 19 jours.

Le maximum de température est de 40° 6 le 15^e jour.

Les taches rosées sont constatées le 15^e jour.

La gravité est légère.

Il n'y a pas de rechute.

Comme complications on constate une petite ulcération sur le pilier antérieur du voile du palais.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif*.

Agglutination complète à 1 pour 150 le 16^e jour (16 novemb.).

—	—	—	150 le 19 ^e jour.
—	—	—	350 le 22 ^e jour.
—	—	—	350 le 25 ^e jour.
—	—	—	400 le 29 ^e jour.
—	—	—	400 le 31 ^e jour.
—	—	—	200 le 34 ^e j. (1 ^{er} j. d'apyrexie)
—	—	—	150 le 37 ^e jour.
—	—	—	200 le 39 ^e jour.
—	—	—	400 le 42 ^e jour.
—	—	—	300 le 45 ^e jour.
—	—	—	200 le 47 ^e jour.

(1) Voir Thèse de BARBAROUX (Obs. VIII).

OBSERVATION XXXV

FIÈVRE TYPHOÏDE. — PETITE HÉMORRHAGIE INTESTINALE.

B... Francis, 10, ans.

Entré en février 1900, salle Ste-Aline, n° 1, service de
M. Audry.

La durée de la maladie est de 19 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 4 jours.

Le maximum de température est de 39° le 16^e jour.

Les taches rosées sont constatées d'une façon douteuse sur
l'abdomen le 16^e jour.

La gravité est légère.

Il n'y a pas de rechute.

Comme complications on constate des selles sanglantes
le 16^e jour.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 16^e jour (5 février).

A 1 pour 10, agglutination complète.

A 1 — 30 — —

A 1 — 50 — —

OBSERVATION XXXVI

DOTHÉNENTÉRIE.

C... Francisque, 31 ans.

Entré en septembre 1891, salle St-Ecolier, n° 8, service de
M. Mouisset.

La durée de la maladie est de 32 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de jours.

Le maximum de température est de 38° 8.

Les taches rosées sont constatées d'une façon douteuse, à
l'entrée, le 25^e jour.

La gravité est légère.
Il n'y a pas de rechute.
Il n'y a pas de complications.
La terminaison est la guérison.
Le **séro-diagnostic** est *positif* le 18^e jour (5 septembre).
A 1 pour 10 : agglutination complète.

OBSERVATION XXXVII

DOTHIÉNENTÉRIE.

S..., Théophile; 37 ans.
Entré en septembre 1899, salle St-Irénée, n° 50, service de M. Chappet.
La durée de la maladie est de 29 jours.
La durée de la fièvre à l'hôpital est de 14 jours.
Le maximum de température 40°1, le 16^e jour.
Les taches rosées sont constatées le 15 septembre (14^e jour), et plus nombreuses le 21 septembre.
La gravité est moyenne.
Il n'y a pas de rechute.
Comme complications on constate de la fièvre, avec frissons le soir.
La terminaison est la guérison.
Le **séro-diagnostic** est *positif* le 19^e jour (18 septembre).
A 1 pour 10 : agglutination complète.
A 1 — 30 : agglutination incomplète (quelques amas et bacilles mobiles).

OBSERVATION XXXVIII (1)

FIÈVRE TYPHOÏDE MOYENNE.

A..., Joseph, 16 ans.
Entré en septembre 1899, salle St-Augustin, n° 42, service de M. Bondet.

(1) Voir Thèse de DUMAINE (Observation XXII).

La durée de la maladie est de 34 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 29 jours.

Le maximum de température est de 40°2 le 6^e jour (14 septembre).

Les taches rosées sont constatées, mais peu nombreuses le 5^e jour.

La gravité est moyenne.

Il n'y a pas de rechute.

Comme complications on a constaté de l'obnubilation; une bronchite généralisée; la disparition du premier bruit du cœur; du muguet.

Le **séro-diagnostic** est *positif*.

Agglutination complète à 1 pour 100 le 20^e jour, 28 septembre.

— — à 1 — 500 le 25^e —

— — à 1 — 400 le 27^e —

— — à 1 — 400 le 29^e —

— — à 1 — 400 le 32^e —

— — à 1 — 150 le 36^e — 2^e j. d'apyrexie.

— — à 1 — 50 le 39^e —

OBSERVATION XXXIX (1)

FIÈVRE TYPHOÏDE MOYENNE.

G..., Régis, 21 ans.

Entré en octobre 1899, salle St-Augustin, n° 32, service de M. Bondet.

La durée de la maladie est de 28 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 19 jours.

Le maximum de température est de 40°4 le 9^e jour.

Les taches rosées sont constatées, mais douteuses le 9^e jour, nombreuses les 13^e et 29^e jours.

La gravité est légère.

Il n'y a pas de rechute.

Il n'y a pas de complications.

(1) Voir Thèse de BARBAROUX (Observation III).

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif*.

Agglutination complète à 1 pour 150 le 21^e jour (10 novembre).

—	—	—	400 le 27 ^e	—
—	—	—	400 le 30 ^e	— (2 ^e j. d'apyr.).
—	—	—	500 le 33 ^e	—
—	—	—	360 le 36 ^e	—
—	—	—	10 le 39 ^e	—
—	—	—	50 le 42 ^e	—

OBSERVATION XL

FORME TYPHOÏDE.

M..., Marie, 30 ans.

Entrée en mars 1900, salle 1^{res} Femmes, n° 8, service de M. Chappet.

La durée de la maladie est de 30 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 16 jours.

Le maximum de température est inconnu.

Les taches rosées sont constatées, peu nombreuses, le 30 mars.

La gravité est légère.

Il n'y a pas de rechute.

Comme complications on constate une épistaxis abondante.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *douteux* le 21^e jour (6 avril).

A 1 pour 10 : agglutination incomplète (amas et bacilles mobiles).

A 1 pour 30 : agglutination incomplète.

OBSERVATION XLI

DOTHIÉNENTÉRIE.

C..., Antoine, 34 ans.

Entré en juin 1899, salle St-Eucher, n° 10, service de M. Mouisset.

La durée de la maladie est de 24 jours.
La durée de la fièvre à l'hôpital est de 4 jours.
Le maximum de température est de 39° 1 le 21^e jour.
Les taches rosées sont constatées en petit nombre le 19 août.
La gravité est légère.
Il n'y a pas de rechute.
La terminaison est la guérison.
Le **séro-diagnostic** est *positif* le 23^e jour (21 juin).
A 1 p. 10 : agglutination complète.
A 1 p. 30 : agglutination incomplète (amas et bacilles mobiles).

OBSERVATION XLII

DOTHIESENTÉRIE APYRÉTIQUE.

M..., Emile, 31 ans.
Entré en avril 1900, salle Ste-Jeanne, n° 19, service de M. Teyssier.
La durée de la maladie est de 27 jours.
La durée de la fièvre à l'hôpital est de 6 jours.
Le maximum de la température est de 38° 3 le 27 avril.
Les taches rosées sont constatées, mais douteuses, le 27 avril.
La gravité est légère.
Il n'y a pas de rechute.
La terminaison est la guérison.
Le **séro-diagnostic** est *positif* le 23^e jour (28 avril).
A 1 p. 10 : agglutination complète.
A 1 p. 31 : agglutination incomplète (amas et bacilles mobiles).
A 1 p. 50 : agglutination négative.

OBSERVATION XLIII

FIÈVRE TYPHOÏDE. — LITHIASE BILIAIRE.

R..., Rosalie, 46 ans.
Entrée en septembre 1899, salle Montazet, n° 8 service de M. Renaut.

La durée de la maladie est de 26 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 14 jours.

Le maximum de la température est de 40°7 le 18^e jour.

Les taches rosées sont constatées, mais en petit nombre, le 12^e jour (11 septembre).

La gravité est légère.

Il n'y a pas de rechute.

Comme complications on constate : une ulcération sur le bord de la langue, vers la base ; des phénomènes de lithiase biliaire.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 26^e jour (25 septembre).

A 1 pour 10 : agglutination complète.

A 1 — 30 : agglutination incomplète (petits amas, majorité de bacilles mobiles).

A 1 pour 50 : agglutination incomplète (amas et nombreux bacilles mobiles).

OBSERVATION XLIV

PLEURÉSIE IL Y A SIX ANS. — ABCÈS FROIDS. — FIÈVRE TYPHOÏDE.

C..., 32 ans.

Entré en août 1899, salle Ste-Jeanne, n° 9, service de M. Teyssier.

La durée de la maladie est de 30 jours environ.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 24 jours.

Le maximum de température est inconnu.

Les taches rosées sont constatées en petit nombre le 10 août (6^e jour).

La gravité est moyenne.

Il n'y a pas de rechute.

Il n'y a pas de complications.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 28^e jour (1^{er} septembre).

OBSERVATION XLV

FIÈVRE TYPHOÏDE AU DÉCLIN.

D..., Claude, 26 ans.

Entré en février 1900, salle St-Bruno, n° 41. Service de M. Chappet.

La durée de la maladie est de 35 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 8 jours.

Le maximum de température est de 38°6 les 19 et 20 février.

Les taches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est légère.

Il n'y a pas de rechute.

Il n'y a pas de complications.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 16 février (31^e jour).

A 1 pour 10 : agglutination complète (amas énormes).

A 1 — 30 : agglutination incomplète (amas et nombreux bacilles mobiles).

A 1 pour 50 : agglutination ~~incomplète~~ (amas et nombreux bacilles mobiles).

OBSERVATION XLVI

FIÈVRE TYPHOÏDE ADYNAMIQUE PROLONGÉE. — ABCÈS MULTIPLES DE LA RÉGION THORACIQUE ANTÉRIEURE ET ABDOMINALE ENTRETENANT L'ÉTAT FÉBRILE.

P..., Emile, 16 ans.

Entré en mars 1900, salle St-Bruno, n° 40, service de M. Chappet.

La durée de la maladie est de 35 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 29 jours.

Le maximum de température est inconnu.

Les taches rosées sont constatées, mais peu nombreuses, le 26 mars.

La gravité est légère.

Il n'y a pas de rechute.

Comme complications, on constate des abcès multiples de la région thoracique antérieure et abdominale et des hémoptysies.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 33^e jour (28 mars).

A 1 pour 10 : agglutination complète.

A 1 — 30 — — —

A 1 — 50 — — —

CHAPITRE II

Le séro-diagnostic dans les formes graves et mortelles de la fièvre typhoïde

Ce chapitre est consacré à l'étude de la séro-réaction dans 45 cas de fièvre typhoïde, qui ont été jugés graves, soit par la terminaison mortelle (17 cas), soit par la présence de rechutes (15 cas); soit par des complications sérieuses; soit par une sévérité ou une prolongation anormale de la maladie.

Les cas mortels sont dus soit à l'infection typhique soit à des complications.

Parmi celles-ci les principales sont :

Hémorrhagies intestinales.....	10
Péritonites par perforation.....	5
Complications pulmonaires.....	17
Troubles cérébraux.....	12
Muguet.....	4
Ulcérations des piliers.....	2
Diverses.....	22

Parmi les complications, les plus sérieuses sont les hémorrhagies intestinales. En effet, sur les 10 cas

où elles ont été notées, 8 se sont terminés par la mort (Obs. LVI, LXIV, LXVI, LXX, LXXI, LXXXIII, LXXXIV et LXXXVI). Or, comme la série des cas mortels ne comprend que 17 cas, nous voyons que l'on trouve des hémorrhagies intestinales dans près de la moitié d'entre eux, Quant aux deux cas non mortels, chez l'un (Obs. LXVII), l'hémorrhagie intestinale a marqué le début d'une rechute sérieuse ; chez l'autre (Obs. LXXXV), la maladie a duré 60 jours avec une rechute et a, par conséquent, été très grave. Ces constatations suffisent à montrer la gravité d'une pareille complication.

Sur les cinq péritonites par perforation, l'autopsie ou l'intervention ont apporté 4 fois la vérification du diagnostic (Obs. LVIII, LXIII, LXV et LXXXVI). Dans le 5^e cas (Obs. LXXXIII) on a noté des symptômes de péritonite (douleurs abdominales, hoquet, soubresauts des tendons), mais l'autopsie n'ayant pas été faite, on n'a pu vérifier l'existence de cette complication.

Nous avons réuni, dans le tableau II, les 45 cas de fièvres typhoïdes graves et mortelles, qui ont nécessité 194 séro-réactions. Comme pour le tableau I, nous indiquons, dans une première colonne, le jour où la séro-réaction a été cherchée, puis, en face, les résultats obtenus, en trois colonnes, une pour les réponses positives, une pour les réponses douteuses, une pour les réponses négatives. Lorsque l'on a eu recours à plusieurs examens pour un même cas, nous indiquons, encore entre parenthèses, le nombre des réponses antérieures et les jours où elles ont été faites.

TABLEAU II.

**Le Séro-diagnostic dans les formes graves et mortelles
de la Fièvre typhoïde**

JOURS	RÉACTION POSITIVE	RÉACTION DOUTEUSE	RÉACTION NÉGATIVE
3 ^e	1 cas. — (Obs. XLVII).		
6 ^e	1 cas. — (Obs. XLVIII).		
7 ^e	2 cas. — (Obs. XLIX et L).		
8 ^e	2 cas. — (Obs. LI et LII). 1 cas (sera négatif le 60 ^e jour. — (Obs. LIII).		
9 ^e	1 cas (positif déjà le 7 ^e jour). — (Obs. L). 4 cas. — (Obs. LIV, LV, LVI et LVII).		
10 ^e	1 cas (positif déjà le 7 ^e jour). — (Obs. XLIX). 4 cas. — (Obs. LVIII, LIX, LX et LXI).		
11 ^e	1 cas (positif déjà les 7 ^e et 9 ^e jours). (Obs. L). 1 cas. — (Obs. LXII).		
12 ^e	1 cas. — (Obs. LXIV).		1 cas. (Obs. LXIII).
13 ^e	1 cas (positif déjà les 7 ^e , 9 ^e , 11 ^e jours). — (Obs. L). 1 cas (positif déjà le 9 ^e jour). — (Obs. LIV). 1 cas (positif déjà le 9 ^e jour). — (Obs. LV). 2 cas. — (Obs. LXV et LXVI).		1 cas. (sera positif le 30 ^e jour). (Obs. LXVII).
15 ^e	1 cas (positif déjà les 7 ^e et 10 ^e jours). — (Obs. XLIX). 1 cas (positif déjà 4 fois du 9 ^e au 13 ^e jour). — (Obs. L). 1 cas (positif déjà le 13 ^e jour). — (Obs. LXVI). 2 cas. — (Obs. LXVIII et LXIX).		
16 ^e	1 cas (positif déjà les 7 ^e , 10 ^e , 15 ^e jours). — (Obs. XLIX). 1 cas (positif déjà les 9 ^e , 13 ^e jours). — (Obs. LIV). 1 cas (positif déjà les 9 ^e , 13 ^e jours). — (Obs. LV). 4 cas. — (Obs. LXX, LXXI, LXXII, LXXIII).		
17 ^e	1 cas (positif déjà 5 fois du 7 ^e au 15 ^e jours). — (Obs. L). 1 cas. — (Obs. LXXIV).		1 cas (sera pos. le 37 ^e jour). (Obs. LXXV).
18 ^e	1 cas. — (Obs. LXXVI).		
19 ^e	1 cas (positif déjà 4 fois du 7 ^e au 16 ^e jour). — (Obs. XLIX). 1 cas (1 ^{er} jour d'apyrexie) (déjà positif 6 fois du 7 ^e au 17 ^e jour). — (Obs. L). 1 cas (positif déjà les 9 ^e , 13 ^e , 16 ^e jours). — (Obs. LV). 1 cas (positif déjà les 13 ^e et 15 ^e jours). — (Obs. LXVI). 1 cas (positif déjà le 16 ^e jour). — (Obs. LXXIII). 1 cas. — (Obs. LXXVII).		
20 ^e	1 cas (positif déjà les 9 ^e , 13 ^e , 16 ^e jours). — (Obs. LIV). 1 cas (positif déjà le 17 ^e jour). — (Obs. LXXIV).		
21 ^e	1 cas (positif déjà 7 fois du 7 ^e au 19 ^e jour). — (Obs. L). 1 cas (positif déjà le 8 ^e jour). — (Obs. LIII). 4 cas. — (Obs. LXXVIII, LXXIX, LXXX et LXXXI).		
22 ^e	1 cas (positif déjà 5 fois du 7 ^e au 19 ^e jour). — (Obs. XLIX). 1 cas (positif déjà 4 fois du 9 ^e au 19 ^e jour). — (Obs. LV). 1 cas (2 ^e jour d'apyrexie) (positif déjà les 16 ^e et 19 ^e jours). — (Obs. LXXIII). 1 cas. — (Obs. LXXXII).		
23 ^e	1 cas (positif déjà 8 fois du 7 ^e au 21 ^e jour). — (Obs. L). 1 cas (positif déjà 4 fois du 9 ^e au 20 ^e jour). — (Obs. LIV). 1 cas (positif déjà les 17 ^e et 20 ^e jours). — (Obs. LXXIV). 1 cas (positif déjà le 21 ^e jour). — (Obs. LXXXVIII). 2 cas. — (Obs. LXXXIV et LXXXV).	1 cas. — (Obs. LXXXIII).	
24 ^e	1 cas (sang d'autopsie) (déjà positif le 21 ^e jour). — (Obs. LXXIX). 1 cas. — (Obs. LXXXVI).		

TABLEAU II (*suite*).

JOURS	RÉACTION POSITIVE	RÉACTION DOUTEUSE	RÉACTION NÉGATIVE
25°	1 cas (déjà positif 6 fois du 7 ^e au 22 ^e jour). — (Obs. XLIX). 1 cas (1 ^{er} jour de rechute) (déjà positif 9 fois du 7 ^e au 23 ^e jour). — (Obs. L). 1 cas (positif déjà les 8 ^e et 21 ^e jours). — (Obs. LIII). 1 cas (positif déjà les 16 ^e , 19 ^e , 22 ^e jours). — (Obs. LXXXIII). 1 cas. — (Obs. LXXXVII).		
26°	1 cas (positif déjà 5 fois du 9 ^e au 23 ^e jour). — (Obs. LIV). 1 cas (positif déjà 5 fois du 9 ^e au 22 ^e jour). — (Obs. LV). 1 cas (sang d'autopsie) (positif déjà le 16 ^e jour). — (Obs. LXXI). 1 cas (positif déjà les 17 ^e , 20 ^e , 23 ^e jours). — (Obs. LXXXIV). 1 cas (positif déjà le 22 ^e jour). — (Obs. LXXXII). 1 cas (positif déjà le 23 ^e jour). — (Obs. LXXXV).		
27°	1 cas (positif déjà 10 fois du 7 ^e au 25 ^e jour). — (Obs. L). 1 cas. — (Obs. LXXXVIII).		
28°	1 cas (positif déjà 7 fois du 7 ^e au 25 ^e jour). — (Obs. XLIX). 1 cas (positif déjà 4 fois du 16 ^e au 25 ^e jour). — (Obs. LXXXIII). 1 cas (positif déjà 4 fois du 17 ^e au 26 ^e jour). — (Obs. LXXXIV). 1 cas (positif déjà le 23 ^e jour). — (Obs. LXXXIV).		
29°	1 cas (positif déjà 11 fois du 7 ^e au 27 ^e jour). — (Obs. L). 1 cas (positif déjà les 8 ^e , 21 ^e , 25 ^e jours). — (Obs. LIII). 1 cas (positif déjà 6 fois du 9 ^e au 26 ^e jour). — (Obs. LIV). 1 cas (positif déjà 6 fois du 9 ^e au 26 ^e jour). — (Obs. LV). 1 cas (positif déjà les 22 ^e et 26 ^e jours). — (Obs. LXXXII). 1 cas (positif déjà les 23 ^e et 26 ^e jours). — (Obs. LXXXV).		
30°	1 cas (négatif déjà le 13 ^e jour). — (Obs. LXVII). 1 cas (positif déjà le 25 ^e jour). — (Obs. LXXXVII). 1 cas. — (Obs. LXXXIX).		
31°	1 cas (positif déjà 8 fois du 7 ^e au 28 ^e jour). — (Obs. XLIX). 1 cas (positif déjà 12 fois du 7 ^e au 29 ^e jour). — (Obs. L). 1 cas (positif déjà 5 fois du 16 ^e au 28 ^e jour). — (Obs. LXXXIII).		
32°	1 cas (positif déjà 7 fois du 9 ^e au 29 ^e jour). — (Obs. LV). 1 cas (positif déjà 5 fois du 17 ^e au 28 ^e jour). — (Obs. LXXXIV). 1 cas (1 ^{er} jour d'apyrexie) (positif déjà les 22 ^e , 26 ^e , 29 ^e jours). — (Obs. LXXXII). 1 cas (positif déjà les 23 ^e , 26 ^e , 29 ^e jours). — (Obs. LXXXV).		
33°	1 cas (positif déjà 13 fois du 7 ^e au 31 ^e jour). — (Obs. L). 1 cas (positif déjà 4 fois du 8 ^e au 29 ^e jour). — (Obs. LIII). 1 cas (positif déjà 7 fois du 9 ^e au 29 ^e jour). — (Obs. LIV). 1 cas (positif déjà les 23 ^e et 28 ^e jours). — (Obs. LXXXIV). 1 cas (positif déjà les 25 ^e et 30 ^e jours). — (Obs. LXXXVII).		
34°	1 cas (positif déjà 9 fois du 7 ^e au 31 ^e jour). — (Obs. XLIX). 1 cas (positif déjà 6 fois du 16 ^e au 31 ^e jour). — (Obs. LXXXIII). 1 cas (positif déjà 4 fois du 23 ^e au 32 ^e jour). — (Obs. LXXXV).		
35°	1 cas (positif déjà 14 fois du 7 ^e au 33 ^e jour). — (Obs. L). 1 cas (positif déjà 8 fois du 9 ^e au 32 ^e jour). — (Obs. LV). 1 cas (positif déjà 4 fois du 22 ^e au 32 ^e jour). — (Obs. LXXXII).		

TABLEAU II (suite).

JOURS	RÉACTION POSITIVE	RÉACTION DOUTEUSE	RÉACTION NÉGATIVE
36°	1 cas (positif déjà 5 fois du 8 ^e au 33 ^e jour). — (Obs. LIII). 1 cas (positif déjà 8 fois du 9 ^e au 33 ^e jour). — (Obs. LIV). 1 cas (positif déjà 6 f. du 17 ^e au 32 ^e j.). — (Obs. LXXIV). 1 cas (positif déjà les 21 ^e et 23 ^e jours). — (Obs. LXXVII). 1 cas (positif déjà les 23 ^e , 28 ^e et 33 ^e jours). — (Obs. LXXXIV). 1 cas (positif déjà les 25 ^e , 30 ^e et 33 ^e jours). — (Obs. LXXXVII).		
37°	1 cas (positif déjà 15 fois du 7 ^e au 35 ^e jour). — (Obs. L). 1 cas (négatif déjà le 17 ^e jour). — (Obs. LXXV). 1 cas (positif déjà 5 fois du 23 ^e au 34 ^e jour). — (Obs. LXXXV).		
38°	1 cas (positif déjà 10 fois du 7 ^e au 34 ^e jour). — (Obs. XLIX). 1 cas (2 ^e jour d'apyrexie) (positif déjà 9 fois du 9 ^e au 35 ^e jour). — (Obs. LV). 1 cas (2 ^e jour de rechute) (positif déjà 7 fois du 16 ^e au 34 ^e jour). — (Obs. LXXIII). 1 cas. — (Obs. XC).		
39°	1 cas (positif déjà 16 fois du 7 ^e au 37 ^e jour). — (Obs. L). 1 cas (positif déjà 9 fois du 9 ^e au 36 ^e jour). — (Obs. LIV). 1 cas (3 ^e jour de rechute) (positif déjà 5 fois du 22 ^e jour au 35 ^e jour). — (Obs. LXXXII).		
40°	1 cas (positif déjà 6 fois du 8 ^e au 36 ^e jour). — (Obs. LIII). 1 cas (positif déjà 4 fois du 23 ^e au 36 ^e jour). — (Obs. LXXXIV). 1 cas (3 ^e jour d'apyrexie) (positif déjà 6 fois du 23 ^e au 37 ^e jour). — (Obs. LXXXV).		
41°	1 cas (positif déjà 11 fois du 7 ^e au 38 ^e jour). — (Obs. XLIX). 1 cas (positif déjà 17 fois du 7 ^e au 39 ^e jour). — (Obs. L). 1 cas (positif déjà 10 fois du 9 ^e au 38 ^e jour). — (Obs. LV). 1 cas (positif déjà 8 fois du 16 ^e au 38 ^e jour). — (Obs. LXXIII).		
42°	1 cas (positif déjà 10 fois du 9 ^e au 39 ^e jour). — (Obs. LIV). 1 cas (1 ^{er} jour d'apyrexie) (positif déjà 7 fois du 17 ^e au 36 ^e jour). — (Obs. LXXIV). 1 cas (positif déjà 6 fois du 22 ^e au 39 ^e jour). — (Obs. LXXXII).		
43°	1 cas (positif déjà 18 fois du 7 ^e au 41 ^e jour). — (Obs. L).		
44°	1 cas (positif déjà 12 f. du 7 ^e au 41 ^e j.). — (Obs. XLIX). 1 cas (positif déjà 11 fois du 9 ^e au 41 ^e jour). — (Obs. LV). 1 cas (positif déjà 9 fois du 16 ^e au 41 ^e jour). — (Obs. LXXIII). 1 cas (positif déjà 5 fois du 23 ^e au 40 ^e jour). — (Obs. LXXXIV). 1 cas (positif déjà 7 fois du 23 ^e au 40 ^e jour). — (Obs. LXXXV).		
45°	1 cas (positif déjà 19 fois du 7 ^e au 43 ^e jour). — (Obs. L). 1 cas (positif déjà 11 fois du 9 ^e au 42 ^e jour). — (Obs. LIV). 1 cas (positif déjà 7 fois du 22 ^e au 42 ^e jour). — (Obs. LXXXII).		
46°	1 cas (positif déjà 7 fois du 8 ^e au 40 ^e jour). — (Obs. LIII). 1 cas (positif déjà 8 fois du 17 ^e au 42 ^e jour). — (Obs. LXXIV).		
47°	1 cas (2 ^e jour de rechute) (positif déjà 13 fois du 7 ^e au 44 ^e jour). — (Obs. XLIX). 1 cas (positif déjà 20 fois du 7 ^e au 45 ^e jours). — (Obs. L). 1 cas (1 ^{er} jour de convalescence) (positif déjà 10 fois du 16 ^e au 44 ^e jour). — (Obs. LXXIII). 1 cas (positif déjà 6 fois du 23 ^e au 44 ^e jour). — (Obs. LXXXIV). 1 cas (positif déjà 8 fois du 23 ^e au 44 ^e jour). — (Obs. LXXXV).		

TABLEAU II (suite et fin).

JOURS	RÉACTION POSITIVE	RÉACTION DOUTEUSE	RÉACTION NÉGATIVE
48°	1 cas (3 ^e jour d'apvrexie) (positif déjà 12 fois du 9 ^e au 45 ^e jour). — (Obs. LIV). 1 cas (positif déjà 8 fois du 22 ^e au 45 ^e jour). — (Obs. LXXXII).		
49°	1 cas (positif déjà 21 fois du 7 ^e au 47 ^e jour). — (Obs. L).		
50°	1 cas (positif déjà 14 f. du 7 ^e au 47 ^e j.). — (Obs. XLIX). 1 cas (positif déjà 8 fois du 8 ^e au 46 ^e jour). — (Obs. LIII). 1 cas (positif déjà 11 fois du 16 ^e au 47 ^e jour). — (Obs. LXXXIII). 1 cas (1 ^{er} jour de rechute) (positif déjà 9 fois du 23 ^e au 47 ^e jour). — (Obs. LXXXV).		
51°	1 cas (1 ^{er} jour de convalescence) (positif déjà 22 fois du 7 ^e au 49 ^e jour). — (Obs. L). 1 cas (positif déjà 9 fois du 22 ^e au 48 ^e jour). — (Obs. LXXXII).		
53°	1 cas (positif déjà 23 fois du 7 ^e au 51 ^e jour). — (Obs. L). 1 cas (positif déjà 9 fois du 8 ^e au 50 ^e jour). — (Obs. LIII). 1 cas (positif déjà 12 fois du 16 ^e au 50 ^e jour). — (Obs. LXXXIII). 1 cas (6 ^e jour d'apyrexie) (positif déjà 7 fois du 23 ^e au 47 ^e jour). — (Obs. LXXXIV).		
54°	1 cas (1 ^{er} jour de convalescence) (positif déjà 15 fois du 7 ^e au 50 ^e jour). — (Obs. XLIX).		
55°	1 cas (positif déjà 24 fois du 7 ^e au 53 ^e jour). — (Obs. L).		
56°	1 cas (positif déjà 13 fois du 16 ^e au 53 ^e jour). — (Obs. LXXXIII). 1 cas (positif déjà 10 fois du 23 ^e au 50 ^e jour). — (Obs. LXXXV).		
57°	1 cas (positif déjà 25 fois du 7 ^e au 55 ^e jour). — (Obs. L). 1 cas (8 ^e jour d'apyrexie) (positif déjà le 15 ^e jour). — (Obs. LXVIII).		
58°	1 cas (positif déjà 10 f. du 8 ^e au 53 ^e jour). — (Obs. LIII).		
59°	1 cas (positif déjà 26 fois du 7 ^e au 57 ^e jour). — (Obs. L). 1 cas (positif déjà 14 fois du 16 ^e au 56 ^e jour). — (Obs. LXXXIII).		
60°	1 cas (positif déjà 16 f. du 7 ^e au 54 ^e j.). — (Obs. XLIX). 1 cas (positif déjà 15 fois du 16 ^e au 59 ^e jour). — (Obs. LXXXIII).		
62°	1 cas (3 ^e jour de convalescence) (positif déjà 11 fois du 23 ^e au 56 ^e jour). — (Obs. LXXXV).		
63°	1 cas (positif déjà 17 f. du 7 ^e au 60 ^e j.). — (Obs. XLIX).		
65°	1 cas (positif déjà 12 fois du 23 ^e au 62 ^e jour). — (Obs. LXXXV).		
67°	1 cas (positif déjà 18 f. du 7 ^e au 63 ^e j.). — (Obs. XLIX).		
68°	1 cas (positif déjà 13 fois du 23 ^e au 65 ^e jour). — (Obs. LXXXV).		
70°	1 cas (positif déjà 19 f. du 7 ^e au 67 ^e j.). — (Obs. XLIX).		
75°	1 cas (positif déjà 20 f. du 7 ^e au 70 ^e j.). — (Obs. XLIX).		
77°	1 cas (positif déjà 21 f. du 7 ^e au 75 ^e j.). — (Obs. XLIX).		
92°			1 cas (sera positif les 103° 106° 110° j. O. XCI).
103°	1 cas (négatif déjà le 92 ^e jour). — (Obs. XCI).		
106°	1 cas (déjà négatif le 92 ^e jour et positif le 103 ^e jour). — (Obs. XCI).		
110°	1 cas (4 ^e jour de convalescence) (déjà négatif le 92 ^e jour et positif les 103 ^e et 106 ^e jours). — (Obs. XCI).		

Si, maintenant, nous voulons établir, d'après le tableau II, la statistique des formes graves de la fièvre typhoïde, nous obtenons les résultats suivants :

Nombre de fièvres typhoïdes graves.....	45
Nombre de cas où le séro-diagnostic est positif.	40 soit 88 p. 100
Nombre de cas où le séro-diagnostic est douteux	1
Nombre de cas où le séro-diagnostic est négatif	4 soit 9 p. 100

Ces 45 cas ont nécessité 194 réactions qui se résument ainsi :

Nombre de séro-réactions cherchées.....	194
Nombre de séro-réactions positives.....	189
Nombre de séro-réactions douteuses.....	1
Nombre de séro-réactions négatives.....	4

Remarquons, en passant, que, pour le cas à séro-diagnostic douteux (Obs. LXXXIII), la recherche a été faite la veille de la mort et que la maladie n'a duré que vingt-quatre jours. Ce cas est à rapprocher de ceux publiés par M. P. Courmont et d'autres auteurs, où la séro-réaction reste absente jusqu'à la mort.

Donc, en résumé, au point de vue du diagnostic, de même que pour les formes moyennes, la séro-réaction n'a presque jamais manqué à un premier examen (9 pour 100 seulement).

Si nous examinons les quatre cas de fièvre typhoïde à séro-réaction négative (Obs. LXIII, LXVII, LXXV et XCI), nous voyons que le séro-diagnostic a été négatif aux 12^e, 13^e, 17^e et 92^e jours. Mais, sur ces quatre observations, une fois le séro-

Le diagnostic n'a pas été cherché au-delà du 12^e jour, le malade étant mort le 14^e (Obs. LXIII); dans les trois autres cas, la séro-réaction, cherchée une seconde fois, a été positive (au 30^e jour dans l'obs. LXVII, au 37^e jour dans l'obs. LXXV, aux 103^e, 106^e, 110^e jours dans l'obs. XCI).

Au point de vue de la gravité, ces quatre cas ont tous été des plus graves :

Mort au 14 ^e jour.....	Obs. LXIII.
Double rechute.....	Obs. XCI.

Dans les deux autres cas, complications telles que :

Hémorrhagies.....	Obs. LXVII.
Syncope grave.....	Obs. LXXV.

Nous pouvons tirer de tout cela les conclusions suivantes :

1^o Sur 45 cas de fièvres typhoïdes graves que nous avons observés, le séro-diagnostic a été rarement négatif (9 pour 100).

2^o Le plus souvent, le séro-diagnostic est positif à un second examen.

3^o Ces cas à séro-réaction tardive ou absente ont tous été des formes très graves ou même mortelles.

4^o Si nous comparons la fréquence des séro-diagnostic négatifs dans les formes bénignes et les formes graves, nous voyons que cette absence de séro-réaction positive est quatre fois plus fréquente dans ces dernières (9 pour 100 au lieu de 2 pour 100).

Ce dernier point confirme ce qui était déjà mentionné dans la thèse de Berne, où nous voyons égale-

ment que les séro-diagnostic négatifs ont été beaucoup plus fréquents dans les formes graves (23 pour 100) que dans les formes bénignes (8 p. 100).

On pourrait nous objecter que le pourcentage n'a pas une valeur indiscutable sur un nombre aussi restreint de séro-réactions négatives. A cela, nous répondrons que la concordance entre nos résultats et les chiffres obtenus par Berne, dans une statistique antérieure, sont les meilleurs garants de la valeur de ces deux statistiques.

Mais il est à remarquer que, pendant l'année 1899-1900, les séro-diagnostic ont été beaucoup moins nombreux que pendant l'année 1898-1899 (Thèse de Berne); seuls les rapports entre les chiffres des séro-réactions négatives de l'une et de l'autre année ont peu changé, et cela a une grande importance au point de vue du séro-pronostic. On sait, en effet, que M. P. Courmont a affirmé, dans plusieurs travaux (1), que l'absence de séro-réaction se rencontrait plus fréquemment dans les formes très graves.

Notre observation LXIII est, à ce point de vue, à rapprocher des cas assez nombreux, publiés jusqu'ici, où le séro-diagnostic a été constaté négatif peu de temps avant la mort (2). Dans notre cas, il l'a été

(1) P. COURMONT. -- Le séro-pronostic de la fièvre typhoïde. Thèse de Lyon, 1897. — Courbes agglutinantes chez les typhiques. *Revue de Médecine*, 1900.

(2) ANTONY et FERRÉ. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1897.

ARTAUD et BARJON. -- *Presse Médicale*, 26 février 1898.

BORMANS. — *Presse Médicale*, 15 octobre 1898.

deux jours avant. On admet, en général, dans ces cas, qu'il s'agit de formes très infectieuses où la séro-réaction, réaction de défense, n'a pas pu s'établir.

Il va sans dire, que si les cas de séro-diagnostic négatifs sont plus fréquents dans les formes graves ou mortelles, il ne s'en suit pas que toutes les formes mortelles ou à rechute présentent toujours un séro-diagnostic négatif. Les tableaux ci-joints, III et IV, concernant l'un les cas à rechute, l'autre les cas mortels avec indication du séro-diagnostic positif ou négatif, appuient ce que nous venons de dire.

Nous donnons ci-après (p. 59 et 60) les tableaux III et IV.

Le tableau III concerne les cas à rechute et indique la durée des deux atteintes et les jours où la séro-réaction a été cherchée, tant pour la première atteinte que pour la rechute. Pour cette dernière, au-dessus du jour de la maladie, nous indiquons le jour de la rechute auquel il correspond.

Le tableau IV, concernant les cas mortels, indique le jour de la mort c'est-à-dire la durée de la maladie, les complications qui ont entraîné la mort et les réponses (positive ou négative) qu'a données la séro-réaction ainsi que le jour où elle a été cherchée.

PELON. — *Gazette des Hôpitaux*, n° 91, 11 août 1898.

P. COURMONT. — *In loco citato*.

P. DUMAINE. — Courbes agglutinantes chez les typhiques. Thèse de Lyon, 1899.

TABLEAU III
Tableau des cas à rechute

OBSERVATIONS	NOMS	PREMIÈRE ATTEINTE			RECHUTE		
		Durée	Séro-d. négatif	Séro - diagn. positif	Durée	Séro-d. négatif	Séro - diagn. positif
XLVII.....	M..., Julienne.....	?	»	»	14 jours.	»	3 ^e jour de rechute
L.....	G..., Pierre.....	18 jours.	»	7 ^e jour.	24 jours.	»	25 ^e jour de maladie 1 ^{er} jour de rechute
LI.....	R..., Joséphine.....	11 jours.	»	8 ^e jour.	12 jours.	»	»
LVIII.....	P..., Jean.....	24 jours.	»	10 ^e jour.	13 jours.	»	»
LIX.....	D..., Madeleine.....	31 jours.	»	10 ^e jour.	12 jours.	»	»
LXI.....	B..., Augustine.....	19 jours.	»	10 ^e jour.	13 jours.	»	»
LXII.....	E..., Marie.....	22 jours.	»	11 ^e jour.	9 jours.	»	»
LXVII.....	B..., Louise.....	15 jours.	13 ^e jour	»	14 jours.	»	30 ^e jour de maladie 7 ^e jour de rechute
LXVIII.....	D..., Rosine.....	34 jours.	»	15 ^e jour.	15 jours.	»	57 ^e jour de maladie 3 ^e jour d'a- pyrexie
LXXII.....	G..., Claude.....	31 jours.	»	16 ^e jour.	6 jours.	»	»
LXXIII.....	K..., Amélie.....	24 jours.	»	16 ^e jour.	10 jours.	»	38 ^e jour de maladie 1 ^{er} jour de rechute
LXXXII.....	M..., Antoine.....	32 jours.	»	22 ^e jour.	17 jours.	»	39 ^e jour de maladie 3 ^e jour de rechute
LXXXV.....	D..., Jean.....	36 jours.	»	23 ^e jour.	9 jours.	»	50 ^e jour de maladie 1 ^{er} jour de rechute
LXXXIX.....	C..., Claudine.....	39 jours.	»	30 ^e jour.	14 jours.	»	»
XCI.....	P..., François.....	»	»	»		92 ^e j. de maladie	130 ^e jour de maladie

TABLEAU IV
Tableau des cas mortels

OBSERVATIONS	JOURS de la mort	COMPLICATIONS	SÉRO-DIAGNOSTIC
LVI.....	16°	Hémorragies intestinales le 15° jour.	Positif le 9° jour.
LVIII.....	45°	Sub. délire et coma-vigil le 8° jour. Ulcérations des piliers le 10° jour. Rechute <i>ab ingestis</i> le 33° jour. Perforation intestinale le 44° jour (4° jour de rechute). Laparotomie à la 11° heure.	Positif le 10° jour.
LXI.....	12°	Délire le 10° jour. Albuminurie.	Positif le 10° jour.
LXIII.....	14°	Sub. délire. Vomissements incoercibles. Péritonite par perforation.	Négatif le 12° jour.
LXIV.....	27°	Sérosité nasale purulente le 18° jour. Hémorragies intestinales les 21° et 25° jours. Diphtérie le 26° j.	Positif le 12° jour.
LXV.....	17°	Ulcération des piliers le 13° jour. Péritonite par perforation le 16° jour. Laparotomie à la 36° heure.	Positif faible le 13° jour.
LXVI.....	20°	Bronchite. Albuminurie. Délire le 9° jour. Hémorragies intestinales les 12° et 14° jours.	Positif les 13°, 15° et 19° j.
LXX.....	24°	Diarrhée fétide. Hémorragies intestinales les 18° et 21° jours.	Positif le 16° jour.
LXXI.....	25°	Hémorragies intestinales.	Positif le 16° jour. Positif faible le 26° jour (sang d'autopsie).
LXXVII.....	42°	Angine pultacée. Myocardite. Suppuration diffuse.	Positif le 19° jour.
LXXIX.....	23°	Albuminurie.	Positif le 21° jour et le 24° j. (sang d'autopsie).
LXXXII.....	54°	Albuminurie. Délire nocturne. Rechute.	Positif 10 fois du 22° au 51° jour.
LXXXIII.....	24°	Bronchite. Hémorragie intestinale le 15° jour. Signes de perforation intestinale (hoquet, soubresaut des tendons).	Positif faible le 23° jour.
LXXXIV.....	55°	Hémorragies intestinales abondantes le 20° jour.	Positif 8 fois du 23° au 53° jour.
LXXXVI.....	25°	Broncho-pneumonie. Albuminurie. Méléna. Perforation intestinale.	Positif le 24° jour.
LXXXVII.....	37°	Muguet. Infarctus pulmonaire. Hélabite du membre inférieur gauche. Œdème volumineux remontant jusqu'à la cuisse. Escharre fessière.	Positif 4 fois du 25° au 36° jour.
XC.....	44°	Bronchite généralisée. Albuminurie. Bruit de galop le 40° jour. Délire le 44° jour.	Positif le 38° jour.

D'ailleurs, ce n'est qu'incidemment que nous abordons cette question du séro-pronostic. La statistique que nous apportons ici a surtout de la valeur au point de vue du diagnostic. Quant au point de vue du pronostic, M. P. Courmont a montré que c'est surtout par l'étude de la courbe agglutinante que l'on peut craindre ou prévoir, jusqu'à un certain point, les formes graves ou mortelles d'après la hauteur et les variations de cette courbe. Dans les cas que nous envisageons ici, la séro-réaction a été cherchée au hasard de l'entrée du malade et du besoin du diagnostic et non pas pour tenter un séro-pronostic.

Il est déjà intéressant de constater que, dans nos quatre-vingt-onze observations, nous arrivons à peu près aux mêmes proportions de nombre de séro-diagnostic négatifs entre les formes moyennes et les formes graves que pour les 134 cas de la thèse de Berne.

Voici maintenant nos 45 observations de formes graves ou mortelles. Comme pour les formes moyennes, nous les présentons dans l'ordre où la séro-réaction a été cherchée pour la première fois.

OBSERVATION XLVII

RECHUTE DE FIÈVRE TYPHOÏDE.

M. . . , Julienne, 19 ans.

Entrée en octobre 1899. Salle Sainte-Blandine, n° 43, service de M. Audry.

La durée de la maladie est de 60 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 14 jours.

Le maximum de la température est de 39° 8.

Les taches rosées ont été constatées le 4^e jour de rechute.

La gravité est sérieuse.

Il n'y a pas de complications.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 3^e jour de rechute (19 octobre).

A 1 pour 10 : agglutination complète.

A 1 — 30 : — —

A 1 — 50 : — —

OBSERVATION XLVIII

FIÈVRE TYPHOÏDE.

D..., Marie, 23 ans.

Entrée en juillet 1899, salle Sainte-Clotilde, n° 16, service de M. Roque.

La durée de la maladie est de 73 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 39 jours.

Le maximum de température est de 41° le 6^e jour.

Les taches rosées n'ont pas été constatées le 5^e jour, mais l'ont été le 18^e jour.

La gravité est prolongée.

Il n'y a pas de rechute.

Il n'y a pas de complications.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 6^e jour (24 juillet).

A 1 pour 10 : agglutination complète.

A 1 — 30 — —

A 1 — 50 — —

OBSERVATION XLIX (1)

FIÈVRE TYPHOÏDE PROLONGÉE

A..., Jean, 22 ans.

Entré en novembre 1899, salle Saint-Augustin, service de M. Bondet.

(1) Voir Thèse de BARBAROUX (Obs. XII).

La durée de la maladie est de 53 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 33 jours pour la première atteinte et 8 jours pour la rechute.

Le maximum de la température est de 41° le 10^e jour 40°4 le 46^e jour.

Les taches rosées ont été constatées en petit nombre le 13^e jour et nombreuses le 25^e jour.

La gravité est sérieuse.

Comme complications on constate du délire le 13^e jour, du muguet buccal le 19^e jour, du hoquet le 35^e jour, et de la bronchite et des escharres fessières le 36^e jour.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif*.

Agglutination complète à 1 pour 30 le 7^e jour (9 novembre).

—	—	1	—	100	le 10 ^e jour.
—	—	1	—	100	le 15 ^e jour.
—	—	1	—	40	le 16 ^e jour.
—	—	1	—	50	le 19 ^e jour.
—	—	1	—	150	le 22 ^e jour.
—	—	1	—	100	le 25 ^e jour.
—	—	1	—	80	le 28 ^e jour.
—	—	1	—	80	le 31 ^e jour.
—	—	1	—	80	le 34 ^e jour.
—	—	1	—	80	le 38 ^e jour.
—	—	1	—	80	le 41 ^e jour.
—	—	1	—	100	le 44 ^e jour.
—	—	1	—	150	le 47 ^e jour. 2 ^e j. de rechute.
—	—	1	—	400	le 50 ^e jour.
—	—	1	—	450	le 54 ^e jour. 1 ^{er} j. d'apyrexie.
—	—	1	—	500	le 60 ^e jour.
—	—	1	—	400	le 63 ^e jour.
—	—	1	—	500	le 67 ^e jour.
—	—	1	—	300	le 70 ^e jour.
—	—	1	—	300	le 75 ^e jour.
—	—	1	—	300	le 77 ^e jour.

OBSERVATION L (1)

FIÈVRE TYPHOÏDE MOYENNE. — RECHUTE GRAVE DUE A L'IMPRUDENCE DU MALADE QUI S'ALIMENTE SANS AUTORISATION.

G..., Pierre, 30 ans.

Entré en décembre 1899, salle Saint-Augustin, n° 24, service de M. Bondet.

La durée de la maladie est de 54 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 12 jours pour la première atteinte, et 24 jours pour la rechute.

Le maximum de température est de 40°4 le 6^e jour et le 26^e jour.

Les taches rosées ont été constatées, en très petit nombre, le 4^e jour.

La gravité est sérieuse.

Il n'y a pas de complications.

Il y a une rechute *ab ingestis* le 25^e jour.

La terminaison est la guérison.

Le **sér o-diagnostic** est *positif*.

Agglutination complète à 1 pour 90 le 7^e jour (8 décembre).

—	—	1	—	90	le 9 ^e jour.
—	—	1	—	90	le 11 ^e jour.
—	—	1	—	100	le 13 ^e jour.
—	—	1	—	200	le 15 ^e jour.
—	—	1	—	150	le 17 ^e jour.
—	—	1	—	300	le 19 ^e jour. (1 ^{er} j. d'apyrex.).
—	—	1	—	150	le 21 ^e jour.
—	—	1	—	100	le 23 ^e jour.
—	—	1	—	80	le 25 ^e jour. (1 ^{er} j. de rech.).
—	—	1	—	80	le 27 ^e jour.
—	—	1	—	80	le 29 ^e jour.
—	—	1	—	100	le 31 ^e jour.
—	—	1	—	150	le 33 ^e jour.

(1) Voir Thèse de BARBAROUX (Obs. XXVI).

Agglutination complète à 1 pour 50 le 35^e jour.

—	—	1	—	100	le 37 ^e jour.
—	—	1	—	50	le 39 ^e jour.
—	—	1	—	250	le 41 ^e jour.
—	—	1	—	200	le 43 ^e jour.
—	—	1	—	200	le 45 ^e jour.
—	—	1	—	300	le 47 ^e jour.
—	—	1	—	250	le 49 ^e jour.
—	—	1	—	250	le 51 ^e jour. (2 ^e j.de conval.)
—	—	1	—	200	le 53 ^e jour.
—	—	1	—	250	le 55 ^e jour.
—	—	1	—	100	le 57 ^e jour.
—	—	1	—	100	le 59 ^e jour.

OBSERVATION LI

FIÈVRE TYPHOÏDE

R..., Joséphine, 32 ans.

Entrée en juillet 1899, salle Sainte-Clotilde, n° 15, service de M. Roque.

La durée de la maladie est de 34 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 23 jours (11 jours pour la première atteinte, 12 jours pour la rechute).

Le maximum de température est de 40°2 le 8^e jour.

Les taches rosées n'ont pas été constatées.

La gravité est sérieuse.

Il y a une rechute avant la chute complète de la température.

Il n'y a pas de complications.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 8^e jour (13 juillet).

A 1 pour 10 : agglutination incomplète (amas lâches, bacilles déformés ; bactériolyse ; bacilles isolés immobiles, quelques bacilles mobiles).

A 1 pour 30 : agglutination complète (les amas sont beaucoup plus nombreux).

A 1 pour 50 : agglutination incomplète (amas et nombreux bacilles mobiles).

OBSERVATION LII

FIÈVRE TYPHOÏDE D'INTENSITÉ MOYENNE. — OBSTRUCTION
INTESTINALE POST-TYPHIQUE.

P..., Louis, 25 ans.

Entré le 10 octobre 1899.

La durée de la maladie est de 36 jours. *

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 34 jours.

Le maximum de température est de 40°6 le 5^e jour.

Les taches rosées sont constatées en petit nombre le 10^e jour.

La gravité est sérieuse.

Il y a une rechute douteuse ou, mieux, une recrudescence de la température.

Comme complications, on constate une constipation opiniâtre. Au 44^e jour (8^e jour d'apyrexie), apparition brusque de symptômes d'occlusion évoquant, dans les premières heures, l'idée d'une perforation. Evolution progressive de l'occlusion n'imposant une intervention qu'après 13 jours de traitement médical. Entérostomie pratiquée sur le grêle. Persistance d'une fistule large. Entérectomie et entérorraphie circulaire au 10^e mois.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 8^e jour (13 Octobre).

A 1 pour 10 : agglutination complète (amas).

— 30	—	—
— 50	—	—

OBSERVATION LIII (1)

FIÈVRE TYPHOÏDE GRAVE, ADYNAMIQUE. — CONGESTION PULMONAIRE. — PLEURO-PNEUMONIE DE LA CONVALESCENCE.

R..., Jean-Pierre, 22 ans.

Entrée en septembre 1899, salle St-Augustin, service de M. Bondet.

(1) Voir Thèse de P. DUMAINE (Obs. XLIX).

La durée de la maladie est de 65 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 55 jours.

Le maximum de température est de 40° le 18^e jour.

Les taches rosées ne sont pas constatées le 8^e jour, mais le sont le 18^e jour.

La gravité est sérieuse.

Il n'y a pas de rechute.

Comme complications, on constate des râles de bronchite le 8^e jour ; du muguet du 12^e au 26^e jour ; du délire le 18^e jour ; des signes de congestion pulmonaire le 36^e jour ; des symptômes de pleuro-pneumonie à partir du 50^e jour.

La terminaison est la sortie volontaire.

Le **séro-diagnostic** est *positif*.

Agglutination complète à 1 pour 150 le 8^e jour (19 septembre).

—	—	—	100 le 21 ^e	—
—	—	—	20 le 25 ^e	—
—	—	—	20 le 29 ^e	—
—	—	—	20 le 33 ^e	—
—	—	—	80 le 36 ^e	—
—	—	—	80 le 40 ^e	—
—	—	—	40 le 46 ^e	—
—	—	—	20 le 50 ^e	—
—	—	—	20 le 53 ^e	—
—	—	—	20 le 58 ^e	—

OBSERVATION LIV (1)

FIÈVRE TYPHOÏDE PROLONGÉE.

B..., Simon, 20 ans.

Entré en juin 1899, salle St-Augustin, n° 38, service de M. Bondet.

La durée de la maladie est de 45 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 39 jours.

Le maximum de la température est de 40°2 le 15^e jour.

Les taches rosées ne sont pas constatées le 6^e jour.

(1) Voir Thèse de DUMAINE (Obs. LI).

La gravité est sérieuse, prolongée.

Il n'y a pas de rechute.

Comme complications, on constate de l'albumine.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif*.

Agglutinatoin complète à 1 pour 40 le 9^e jour. (25 juin).

—	—	—	40 le 13 ^e	—
—	—	—	80 le 16 ^e	—
—	—	—	300 le 20 ^e	—
—	—	—	80 le 23 ^e	—
—	—	—	50 le 26 ^e	—
—	—	—	50 le 29 ^e	—
—	—	—	50 le 33 ^e	—
—	—	—	10 le 36 ^e	—
—	—	—	20 le 39 ^e	—
—	—	—	20 le 42 ^e	—
—	—	—	20 le 45 ^e	—
—	—	—	10 le 48 ^e	—

OBSERVATION LV (1)

FIÈVRE TYPHOÏDE NORMALE.

G..., Louis, 41 ans.

Entre en juillet 1899, salle St-Augustin, n° 47, service de M. Bondet.

La durée de la maladie est de 37 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 29 jours.

Le maximum de température est de 40°6 le 9^e jour.

Les taches rosées sont constatées le 9^e jour.

La gravité est sérieuse.

Il n'y a pas de rechute.

Comme complications, on note de l'albumine.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif*.

(1) Voir Thèse de DUMAINE (Obs. L).

Agglutination complète à 1 pour 50 le 9^e jour.

—	—	—	600 le 13 ^e	—
—	—	—	600 le 16 ^e	—
—	—	—	200 le 19 ^e	—
—	—	—	600 le 22 ^e	—
—	—	—	400 le 26 ^e	—
—	—	—	500 le 29 ^e	—
—	—	—	200 le 32 ^e	—
—	—	—	100 le 35 ^e	—
—	—	—	100 le 38 ^e	—
—	—	—	30 le 41 ^e	—
—	—	—	20 le 44 ^e	—

OBSERVATION LVI

FIÈVRE TYPHOÏDE. — ÉTAT TYPHIQUE TRÈS PRONONCÉ. — DIARRHÉE ABONDANTE. — BRONCHO-PNEUMONIE AVEC LARYNGITE : APHONIE. — UNE HÉMORRHAGIE INTESTINALE SECONDAIRE.

M..., Adolphe, 20 ans.

Entré en juillet 1899, salle Saint-Irénée, n° 46, service de M. Chappet.

La durée de la maladie est de 16 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 11 jours.

Le maximum de température est de 40°9 le 9^e jour.

Les taches rosées sont constatées en petit nombre le 5^e jour, nombreuses le 9^e jour.

La gravité est mortelle.

Il n'y a pas de rechute.

Comme complications on constate une diarrhée abondante ; des signes de broncho-pneumonie avec laryngite (aphonie), et une petite hémorrhagie intestinale le 16^e jour.

La terminaison est la mort.

Le **séro-diagnostic** est *très positif* le 9^e jour (17 juillet).

A 1 pour 10 : agglutination complète.

— 30 — —

— 50 — —

Et au-delà — —

OBSERVATION LVII

DOTHIÉNENTÉRIE (91 BAINS). — ETHYLISME. — TACHYCARDIE
DURANT TOUTE LA MALADIE.

G..., Mélanie, 19 ans.

Entrée en avril 1900, salle Sainte-Marie, n° 16, service de
M. Roque.

La durée de la maladie est de 38 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 30 jours.

Le maximum de température est de 41° le 9^e jour.

Les taches rosées sont constatées en petit nombre le 8^e jour.

La gravité est sérieuse.

Il n'y a pas de rechute.

Comme complications on note de la tachycardie et un
rythme de galop le 25^e jour.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 9^e jour (1^{er} mai).

A 1 pour 10 : agglutination complète (très gros amas, quelques
bacilles mobiles).

A 1 pour 30 : agglutination complète (très gros amas, quelques
bacilles mobiles).

A 1 pour 50 : agglutination incomplète (gros amas et bacilles
mobiles).

OBSERVATION LVIII

FIÈVRE TYPHOÏDE (FORME ATAXO-ADYNAMIQUE AU DÉBUT). —

ULCÉRATION A LA GORGE. — RECHUTE *ab ingestis* AU 33^e JOUR.

— PERFORATION INTESTINALE AU 44^e JOUR (IV^e DE LA RECHUTE).

— LAPAROTOMIE A LA 11^e HEURE. — MORT.

P..., Jean, 35 ans.

Entré en juin 1899, salle Saint-Irénée, n° 42, service de
M. Chappet.

La durée de la maladie est de 45 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 31 jours (18 pour la 1^{re} atteinte, 13 jours pour la rechute).

Le maximum de température est de 40° le 9^e jour.

Les taches rosées sont constatées le 6^e jour.

La gravité est mortelle.

On note une rechute *ab ingestis* le 33^e jour.

Comme complications on constate du sub-délire le 7^e jour, avec un état de coma vigil; une ulcération sur le pilier antérieur gauche et sur la face interne du pilier opposé le 9^e jour: une perforation intestinale le 44^e jour nécessitant une intervention.

La terminaison est la mort.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 10^e jour (21 juin).

A 1 pour 10 : agglutination complète.

— 30	—	—
— 50	—	—

Intervention. — Laparotomie à la 11^e heure (7 heures du soir).

On fait d'abord une incision médiane sous-ombilicale. On tombe sur un péritoine rouge contenant un liquide purulent et fécaloïde en assez grande quantité.

On mène alors une incision transversale allant de la partie inférieure de la 1^{re}, à l'épine iliaque droite, à angle droit. Sous ce grand volet rabattu on a le foyer sous les yeux.

Le liquide paraît sourdre de l'angle iléo-cœcal. En glissant prudemment la main en haut et en dedans, on ne trouve pas d'adhérence; il ne s'écoule cependant pas de liquide de la partie supérieure du foie, ni du côté de la ligne médiane.

On essuie sans laver.

Sans rechercher la perforation ni faire un drainage rectal de crainte de déchirer des adhérences, on fait un pansement à plat, en limitant le champ infecté par des tampons de gaze.

Après l'opération, la tension du pouls baisse considérablement. Le malade a des hoquets fréquents. On a recours à des injections de sérum, à l'huile camphrée.

Le malade meurt le 25 juillet dans la nuit.

OBSERVATION LIX

DOTHIÉNENTÉRIE. — ALBUMINURIE. — CONGESTION DE LA BASE
DROITE. — RASCH SCARLATINIFORME. — RECHUTE.

D..., Madeleine-Alexandrine, 43 ans.

Entrée en octobre 1899, salle Sainte-Blandine, n° 15, service
de M. Audry.

La durée de la maladie est de 50 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 40 jours (27 jours pour
la 1^{re} atteinte, 13 jours pour la rechute).

Le maximum de température est de 40°3 le 33^e jour.

Les taches rosées ne sont pas constatées le 5^e jour, mais le
sont le 12^e jour.

La gravité est sérieuse.

On note une rechute le 38^e jour.

Comme complications on constate un foyer de congestion à la
base droite le 6^e jour; un rasch scarlatiniforme le 9^e jour; de
l'albuminurie et une syncope à la sortie du bain déterminant
la suspension des bains les 35^e et 37^e jours.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 10^e jour (24 octobre).

A 1 pour 10 : agglutination complète.

— 30	—	—
— 50	—	—

OBSERVATION LX

GRIPPE. — FIÈVRE TYPHOÏDE A EVOLUTION NORMALE. —
COLITE ULTÉRIEURE.

B..., Augustine, 18 ans.

Entrée en janvier 1900, salle 4^e femmes, n° 21-44, service de
M. Teissier.

La durée de la maladie est de 35 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 24 jours (11 jours pour la 1^{re} atteinte, 13 jours pour la rechute).

Le maximum de température est de 39°8 le 10^e jour et de 40°2 le 28^e jour.

Les taches rosées sont constatées en grand nombre le 8^e jour.

La gravité est sérieuse.

On note une rechute le 23^e jour.

Comme complications on constate des vomissements porracés le 24^e jour.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 10^e jour (25 janvier).

A 1 pour 10 : agglutination complète.

A 1 — 30 — — —

A 1 — 50 — — —

OBSERVATION LXI

FIÈVRE TYPHOÏDE ATAXO-ADYNAMIQUE. — DÉLIRE. — ABUMINURIE. — A L'AUTOPSIE : LÉSIONS TRÈS NETTES DES PLAQUES SAILLANTES, BOURSOUFLÉES, AVEC TENDANCES A L'ULCÉRATION — GROSSE RATE.

D..., Pierre, 34 ans.

Entré en mai 1900, salle St-Bruno, n° 28, service de M. Chappet.

La durée de la maladie est de 14 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 5 jours.

Le maximum de température est de 41°1, le 10^e jour.

Les taches rosées sont constatées en petit nombre le 9^e jour.

On ne note pas de rechute.

Comme complications on constate du délire le 9^e jour.

La terminaison est la mort.

La gravité est mortelle.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 10^e jour (11 mai).

A 1 pour 10 : agglutination complète.

A 1 — 30 — — —

A 1 — 50 : agglutination presque complète (très gros amas, avec quelques bacilles mobiles).

A l'autopsie. — Le cœur ne présente pas de lésions appréciables. Il n'a pas une couleur feuille morte.

Les poumons, surtout le droit, sont le siège d'une congestion très marquée ; à la coupe, la surface est rouge uniforme. Le poumon crépite mal à la pression, mais ne plonge pas au fond de l'eau.

Le foie est d'une coloration rose à la surface ; à la coupe il a une teinte rosée uniforme. On ne distingue plus sa lobulation. Il est de consistance très molle et garde bien l'empreinte du doigt.

L'intestin présente de très nombreuses plaques de Peyer tuméfiées, nettement limitées sur leurs bords, avec tendance à l'ulcération. Au niveau du cœcum, toute la muqueuse est tuméfiée et il y a une ulcération très nette.

La rate est grosse, congestionnée.

OBSERVATION LXII

FIÈVRE TYPHOÏDE.

E..., Marie, 15 ans.

Entrée en mai 1900, salle 4^e femmes, n^o 37, service de M. Teissier.

La durée de la maladie est de 33 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 23 jours (14 jours pour la 1^{re} atteinte, 9 jours pour la rechute).

Le maximum de température est de 40°5 le 8^e jour.

Les taches rosées sont constatées en grand nombre les 8^e et 30^e jours.

La gravité est sérieuse.

On note une rechute le 24^e jour.

Il n'y a pas de complications.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 11^e jour (16 mai).

A 1 pour 10 : agglutination complète (nombreux amas).

A 1 — 30 — — — —

A 1 — 50 — — — —

A 1 pour 60 : agglutination presque complète (quelques bacilles mobiles, mais amas très nombreux et volumineux).

OBSERVATION LXIII

DOTHIÉNENTÉRIE DOUTEUSE (VOMISSEMENTS FRÉQUENTS). —
SÉRO-DIAGNOSTIC NÉGATIF. — A L'AUTOPSIE : PÉRITONITE
PURULENTE.

C..., Maria, 20 ans.

Entrée en août 1899, salle Ste-Blandine, service de M. Audry.

La durée de la maladie est de 14 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 4 jours.

Le maximum de température est de 40°4 le 11^e jour.

Les taches rosées ne sont pas constatées (10^e jour).

La gravité est mortelle.

On ne note pas de rechute.

Comme complications, on constate du délire, des vomissements incoercibles, et une péritonite par perforation.

La terminaison est la mort.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 12^e jour (12 août).

A 1 pour 10 : agglutination négative.

A l'autopsie : on découvre tous les signes d'une péritonite purulente due à une perforation intestinale.

OBSERVATION LXIV

FIÈVRE TYPHOÏDE. — DIPHTÉRIE

L... Antoine, 41 ans.

Entré en février 1900, salle Ste-Marguerite, n° 8, service de M. Josserand.

La durée de la maladie est de 27 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 17 jours.

Le maximum de température est de 40°, 2 les 10^e et 20^e jours.

Les taches rosées sont constatées en petit nombre le 10^e jour, et nombreuses le 13^e jour.

La gravité est mortelle.

On ne note pas de rechute.

Comme complications on constate de la sérosité purulente nasale le 18^e jour; des hémorrhagies intestinales les 21^e et 23^e jours; de la diphtérie le 26^e jour.

La terminaison est la mort (dans le service de M. Rabot).

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 12^e jour (5 février).

A 1 pour 10 : agglutination complète.

A 1 — 30 — —

A 1 — 50 — —

OBSERVATION LXV

FIÈVRE TYPHOÏDE (SANS ÉTAT TYPHIQUE). — ULCÉRATION DES PILIERS. — PÉRITONITE PAR PERFORATION. — LAPAROTOMIE A LA 36^e HEURE. — MORT.

C... Henry, 29 ans.

Entré en juillet 1899, salle St-Irénée, n^o 18, service de M. Chappet.

La durée de la maladie est de 17 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 7 jours.

Le maximum de température est de 40°4 le 16^e jour.

Les taches rosées sont constatées en petit nombre le 11^e jour.

La gravité est mortelle.

On ne note pas de rechute.

Comme complications on constate une ulcération du pilier antérieur droit le 12^e jour; du hoquet et des signes de péritonite par perforation, nécessitant une laparotomie à la 36^e heure.

La terminaison est la mort.

Le **séro-diagnostic** est *positif faible* le 13^e jour (6 juillet).

A 1 pour 10 : agglutination complète.

A 1 — 50 : agglutination négative.

Dans l'intervention. — On pratique la laparotomie. On déroule l'intestin et on tombe, dans le dernier tiers de l'intestin grêle, sur une perforation de la grosseur d'une lentille. On

trouve du liquide dans le péritoine. On fait une suture au catgut et un pansement au Mikulicz.

OBSERVATION LXVI (1).

FIÈVRE TYPHOÏDE HYPERTOXIQUE. — HÉMORRHAGIES INTESTINALES. — MORT

G..., 38 ans.

Entré en septembre 1899, salle St-Augustin, n° 39, service de M. Bondet.

La durée de la maladie est de 20 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 14 jours.

Le maximum de température est de 40°5, le 6^e jour.

Les taches rosées ne sont pas constatées le 6^e jour, mais le sont en petit nombre le 9^e jour.

La gravité est mortelle.

On ne note pas de rechute.

Comme complications on constate de la bronchite, de l'albuminurie, du délire le 9^e jour et des hémorrhagies intestinales les 12^e et 14^e jours.

La terminaison est la mort.

Le **séro-diagnostic** est *positif*.

Agglutination complète à 1 pour 30 le 13^e jour (13 septembre).

— — — 50 le 15^e jour.

— — — 300 le 19^e jour.

OBSERVATION LXVII

FIÈVRE TYPHOÏDE. — CONSTIPATION AVEC ENTERORRHAGIE A LA FIN DE LA 1^{re} PÉRIODE FÉBRILE. — RECHUTE APRÈS CES PHÉNOMÈNES. — SÉRO-DIAGNOSTIC NÉGATIF PENDANT LA PREMIÈRE ATTEINTE. — SÉRO-DIAGNOSTIC POSITIF PENDANT LA RECHUTE.

B..., Louise, 20 ans.

Entrée en novembre 1899, salle Sainte-Clotilde, n° 16, service de M. Roque.

(1) Voir Thèse de DUMAINE (Obs. XXXIV).

La durée de la maladie est de 34 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 25 jours (11 jours pour la 1^{re} atteinte, 14 jours pour la rechute).

Le maximum de température est de 40°7 le 5^e jour.

Les taches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est sérieuse.

On note une rechute le 21^e jour.

Comme complications on constate une constipation tenace, suivie d'une hémorrhagie intestinale le 20^e jour.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est : 1^o *Négatif* le 13^e jour (21 novembre), malgré une légère agglutination à 1 pour 10.

2^o *Positif* le 30^e jour.

A 1 pour 10 : agglutination complète.

A 1 — 30 — —

A 1 — 50 : agglutination incompl. (amas et bacilles mobiles).

OBSERVATION LXVIII

DOTHIÉMENTÉRIE. — RECHUTE

D... Rosine, 36 ans.

Entrée en août 1899, salle des 4^{es} Femmes, n^o 20, service de M. Teissier.

La durée de la maladie est de 54 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 35 jours (20 jours pour la 1^{re} période, 15 jours pour la rechute).

Le maximum de température est de 39°8, le 15^e jour.

Les taches rosées sont constatées en petit nombre le 15^e jour.

La gravité est sérieuse à cause de la rechute.

On note une rechute le 40^e jour.

Il n'y a pas de complications.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est : 1^o *Positif* le 15^e jour (12 août).

A 1 pour 10 : agglutination complète.

A 1 — 30 — —

A 1 — 50 — —

2° *Positif* le 57^e jour (3^e jour de convalescence).

A 1 pour 10 : agglutination complète.

A 1 — 30 — —

A 1 — 50 — —

OBSERVATION LXIX

FIÈVRE TYPHOÏDE. — DIPHTÉRIE.

R..., Auguste, 25 ans.

Entré en février 1900, salle Sainte-Marguerite, n° 6, service de M. Josserand.

La durée de la maladie est de 46 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 41 jours.

Le maximum de température est de 40°6 le 9^e jour.

Les taches rosées ne sont pas constatées le 5^e jour, mais le sont le 10^e jour.

La gravité est sérieuse prolongée.

On ne note pas de rechute.

Comme complications on constate de la bronchite, de l'albuminurie le 18^e jour et de la diphtérie.

La terminaison est l'évacuation à la Charité.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 15^e jour (12 février).

OBSERVATION LXX

DOTHIÉNENTÉRIE. — SÉRO-DIAGNOSTIC POSITIF.

B..., Angèle, 35 ans.

Entrée en juillet 1899, salle Ste-Clotilde, n° 14, service de M. Roque.

La durée de la maladie est de 24 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 11 jours.

Le maximum de température est de 40°5 les 15^e, 19^e, 23^e et 24^e jours.

Les taches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est mortelle.

On ne note pas de rechute.

Comme complications on constate une hémorrhagie intestinale le 18^e jour et trois le 21^e jour, dont une abondante le matin, une à 2 heures et une à 3 heures.

La terminaison est la mort.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 16^e jour (31 juillet).

A 1 pour 10 : agglutination complète.

— 30 —

A l'autopsie. — On constate des lésions intestinales au niveau du cæcum.

Sur l'intestin grêle on trouve quelques plaques ulcérées, toutes en période de cicatrisation. L'une d'elles, infiltrée de sang, semble avoir été le siège des hémorrhagies successives.

OBSERVATION LXXI

DOTHIÉNENTÉRIE. — HÉMORRHAGIE INTESTINALE. — MORT.

D..., François, 23 ans.

Entré en septembre 1899, salle St-Jean, n° 26, service de M. Bouveret.

La durée de la maladie est de 25 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 16 jours.

Le maximum de température est 40°3 le 9^e jour.

Les taches rosées ne sont pas constatées le 9^e jour, mais le sont le 15^e jour.

La gravité est mortelle.

On ne note pas de rechute.

Comme complications on constate une hémorrhagie intestinale.

La terminaison est la mort.

Le **séro-diagnostic** est : 1° *positif* le 16^e jour (22 septembre).

A 1 pour 10 : agglutination complète.

— 50 —

2° *positif faible* le 26^e jour (lendemain de la mort) avec le sang d'autopsie (1).

A 1 pour 10 : agglutination complète.

OBSERVATION LXXII

DOTHIÉNENTÉRIE. — SÉRO-DIAGNOSTIC POSITIF. — RECHUTE.

G... Claude, 26 ans.

Entré en octobre 1899, salle St-Nizier n° 26, service de M. Roque.

La durée de la maladie est de 40 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 20 jours (14 jours pour la première atteinte, 6 jours pour la rechute).

Le maximum de température est de 40°7 le 17^e jour.

Les taches rosées sont constatées en petit nombre le 16^e jour.

La gravité est sérieuse.

On note une rechute le 34^e jour.

Il n'y a pas de complications.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 16^e jour (6 octobre).

A 1 pour 10 : agglutination complète.

— 30 — —

— 50 — —

Et au-delà — —

OBSERVATION LXXIII (2)

DOTHIÉNENTÉRIE. — RECHUTE.

K..., Amélie, 16 ans.

Entrée en novembre 1899, salle B. Teissier, n° 14, service de M. Bondet.

(1) On sait que le sang recueilli dans le cœur à l'autopsie donne, en général, les mêmes résultats que celui recueilli par la piqûre du doigt, quelques heures avant la mort.

(2) Voir Thèse de BARBAROUX (Obs. XVII).

La durée de la maladie est de 46 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 20 jours (10 jours pour la première atteinte et 10 jours pour la rechute).

Le maximum de température est 40°5 le 8^e jour.

Les taches rosées sont constatées en petit nombre le 13^e jour et ne le sont plus le 37^e jour.

La gravité est sérieuse, prolongée.

On note une rechute le 37^e jour.

Comme complications on constate une lymphangite de la jambe et du pied droit.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif*.

Agglutination complète à 1 pour 150 le 16^e jour (7 novembre).

—	—	1	—	90	le 19 ^e jour
—	—	1	—	150	le 22 ^e jour (1 ^{er} j. d'apyr.).
—	—	1	—	100	le 25 ^e jour.
—	—	1	—	100	le 28 ^e jour.
—	—	1	—	100	le 31 ^e jour.
—	—	1	—	180	le 34 ^e jour.
—	—	1	—	150	le 38 ^e jour (2 ^e j. de rech.).
—	—	1	—	100	le 41 ^e jour.
—	—	1	—	150	le 44 ^e jour.
—	—	1	—	100	le 47 ^e jour 1 ^{er} j. conval.
—	—	1	—	50	le 50 ^e jour.
—	—	1	—	80	le 53 ^e jour.
—	—	1	—	80	le 56 ^e jour.
—	—	1	—	10	le 59 ^e jour.
—	—	1	—	10	le 60 ^e jour.

OBSERVATION LXXIV (1)

FIÈVRE TYPHOÏDE SÉRIEUSE PROLONGÉE. — TUBERCULOSE
FIBREUSE DU SOMMET DROIT. — GUÉRISON.

G..., Marie, 19 ans.

Entrée en septembre 1899, salle B. Teissier, n° 7, service de
M. Bondet.

(1) Voir Thèse de P. DUMAINE (Obs. LII).

La durée de la maladie est de 41 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 27 jours.

Le maximum de température est de 40°2 le 17^e jour.

Les taches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est sérieuse, prolongée.

On ne note pas de rechute.

Comme complications on constate une bronchite généralisée avec induration du sommet droit ; du muguet le 17^e jour.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif*.

Agglutination complète à 1 pour 20 le 17^e jour (25 septemb.)

— — 1 — 150 le 20^e jour.

— — 1 — 200 le 23^e jour.

— — 1 — 200 le 26^e jour.

— — 1 — 500 le 28^e jour.

— — 1 — 250 le 32^e jour.

— — 1 — 150 le 36^e jour.

— — 1 — 100 le 42^e jour (1^{er} j. d'apry.).

— — 1 — 50 le 46^e jour.

OBSERVATION LXXV

FIÈVRE TYPHOÏDE A FORME PROLONGÉE. — POLYURIE DE LA
CONVALESCENCE. — MENACE DE SYNCOPÉ.

P..., François, 18 ans.

Entré en janvier 1900, salle Saint-Bruno, n° 15, service de
M. Chappet.

La durée de la maladie est de 41 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 26 jours.

Le maximum de température est de 40°7 le 21^e jour.

Les taches rosées ne sont pas constatées le 15^e jour, mais le
sont en petit nombre le 33^e jour.

La gravité est sérieuse, prolongée.

On ne note pas de rechute.

Comme complications on constate une syncope le 37^e jour.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est 1^o : *négatif* le 17^e jour (17 janvier).
A 1 pour 10 : agglutination négative.
2^o *positif* le 37^e jour.
A 1 pour 10 : agglutination complète (amas très nets).
A 1 — 30 — douteuse (amas petits et assez rares ; nombreux bacilles mobiles).
A 1 pour 50 : agglutination incomplète (simple tendance à l'agglutination ; très nombreux bacilles mobiles).

OBSERVATION LXXVI

DOTIÉMENTÉRIE A FORME PROLONGÉE.

D..., Benoît, 22 ans.
Entré en janvier 1900, salle Saint-Bruno, n° 39, service de M. Chappet.
La durée de la maladie est de 45 jours.
La durée de la fièvre à l'hôpital est de 30 jours.
Le maximum de température est de 40°6 le 18^e jour.
Les taches rosées ne sont pas constatées.
La gravité est sérieuse, prolongée.
On ne note pas de rechute.
On ne constate pas de complications.
La terminaison est la guérison.
Le **séro-diagnostic** est *positif* le 18^e jour (5 janvier).
A 1 pour 10 : agglutination complète.
A 1 — 30 — —
A 1 — 50 — —

OBSERVATION LXXVII

FIÈVRE TYPHOÏDE. — MYOCARDITE. — SUPPURATION DIFFUSE

M..., Angèle, 22 ans.
Entrée en août 1899, salle Ste-Clotilde, n° 13, service de M. Roque.

La durée de la maladie est de 42 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 34 jours.

Le maximum de température est de 40°8, les 36^e et 38^e jours.

Les taches rosées sont constatées le 8^e jour.

La gravité est mortelle.

On ne note pas de rechute.

Comme complications on note des plaques d'angine pultacée le 19^e jour ; de la myocardite et de la suppuration diffuse.

La terminaison est la mort.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 19^e jour (5 août).

A 1 pour 10 agglutination complète.

A 1 pour 30 — —

A 1 pour 50 — —

OBSERVATION LXXVIII (1)

DOTHIÉNENTÉRIE A FORME CÉRÉBRALE GRAVE. — DÉLIRE DE LA CONVALESCENCE

J..., Jeanne, 23 ans.

Entrée en juillet 1899, salle B. Teissier, n° 17, service de M. Bondef.

La durée de la maladie est de 45 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 23 jours.

Le maximum de température est de 40° le 22^e jour.

Les taches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est sérieuse.

On ne note pas de rechute.

Comme complications, on constate du délire pendant toute la maladie, et surtout pendant la convalescence.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif*.

Agglutination complète à 1 pour 20 le 21^e jour (29 juillet).

— — — 30 le 23^e jour.

— — — 300 le 36^e jour.

(1) Voir thèse de P. DUMAINE (Obs. XLVI).

OBSERVATION LXXIX (1)

FIÈVRE TYPHOÏDE TRÈS GRAVE. — ALBUMINURIE. — MORT

B..., Etienne, 54 ans.

Entré en octobre 1899, salle St-Augustin, n° 38, service de M. Bondet.

La durée de la maladie est de 23 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 3 jours.

Le maximum de température est de 39°9 le 21^e jour.

Les taches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est mortelle.

On ne note pas de rechute.

Comme complications, on constate de l'albuminurie.

La terminaison est la mort.

Le **séro-diagnostic** est : 1° *positif* le 21^e jour (2 octobre).

A 1 pour 30 agglutination complète.

A 1 pour 50 — —

A 1 pour 100 agglutination négative (bacilles mobiles).

2° *positif* le 24^e jour.

Avec du sang d'autopsie (2).

A 1 pour 10 : agglutination incomplète (amas et bacilles mobiles).

A 1 pour 30 : agglutination négative (bacilles mobiles).

A l'autopsie. — On trouve des ulcérations intestinales nombreuses sur toute l'étendue de l'intestin.

(1) Voir thèse de P. DUMAINE (Obs. XXX).

(2) Voir la remarque de l'Obs. LXXI.

OBSERVATION LXXX

DOTHIÉNENTÉRIE

C..., Jules, 24 ans.

Entré en janvier 1900, salle Ste-Marguerite, n° 7, service de M. Josserand.

La durée de la maladie est de 66 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 46 jours.

Le maximum de température est de 40°6 le 21^e jour.

Les taches rosées sont constatées les 20^e et 30^e jours.

La gravité est sérieuse, prolongée.

On ne note pas de rechute.

Comme complications, on constate du délire.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est positif le 21^e jour (3 janvier).

A 1 pour 10 agglutination complète.

A 1 pour 30 — —

A 1 pour 50 — —

OBSERVATION LXXXI

DOTHIÉNENTÉRIE. — DIPHTÉRIE.

B..., Maurice, 17 ans.

Entré en février 1900, salle Ste-Marguerite, n° 7, service de M. Josserand

La durée de la maladie est de 49 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 28 jours.

Le maximum de température est de 40° 6 les 23^e et 24^e jours.

Les taches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est sérieuse.

On ne note pas de rechute.

Comme complications on constate un écoulement nasal purulent le 34^e jour.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *très positif* le 21^e jour (1^{er} février).
A 1 pour 10 : agglutin. complète, (gros amas ; pas de bacil. mob.)

A 1	—	30	—	—	—	—
A 1	—	50	—	—	—	—

OBSERVATION LXXXII (1)

FIEVRE TYPHOÏDE TRÈS GRAVE. — RECHUTE. — MORT.

M..., Antoine, 29 ans.

Entré en juillet 1899, salle St-Augustin, n° 31, service de M. Bondet.

La durée de la maladie est de 54 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 29 jours (12 j. pour la 1^{re} atteinte, 17 j. pour la rechute).

Le maximum de la température est de 40°3 le 21^e jour,

Les taches rosées sont constatées le 21^e jour.

La gravité est mortelle.

On note une rechute le 37^e jour.

Comme complications on constate de l'albuminurie, du délire nocturne le 26^e jour.

La terminaison est la mort.

Le **séro-diagnostic** est *positif*.

Agglutination complète à 1 pour 100 le 22^e jour (2 juillet).

—	—	—	100 le 26 ^e jour
—	—	—	100 le 29 ^e jour
—	—	—	50 le 32 ^e jour (1 ^{er} j. d'apyr.)
—	—	—	40 le 35 ^e jour.
—	—	—	20 le 39 ^e jour (3 ^e j. de rech.)
—	—	—	50 le 42 ^e jour.
—	—	—	20 le 45 ^e jour.
—	—	—	50 le 48 ^e jour.
—	—	—	20 le 51 ^e jour.

(1) Voir Thèse de P. DUMAINE (Obs XXXIX).

OBSERVATION LXXXIII (1)

DOTHIÉNENTÉRIE TRÈS GRAVE. — HÉMORRHAGIE INTESTINALE. —
MORT.

G..., 25 ans.

Entré en août 1899, salle St-Augustin n° 32. Service de M. Bondet.

La durée de la maladie est de 24 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 18 jours.

Le maximum de température est de 40° le 17^e jour.

Les taches rosées sont constatées en petit nombre le 6^e jour.

La gravité est mortelle.

On ne note pas de rechute.

Comme complications on constate des râles de bronchite, un bruit de galop le 12^e jour, une hémorrhagie intestinale suivie de hoquet le 15^e jour, du soubresaut des tendons le 23^e jour.

La terminaison est la mort.

Le **séro-diagnostic** est *positif faible* le 23^e jour (14 septembre).

A 1 pour 10 : agglutination incomplète (gros amas mais bacilles mobiles).

A 1 pour 20 . agglutination négative.

OBSERVATION LXXXIV (2)

FIÈVRE TYPHOÏDE HYPERTOXIQUE. — HÉMORRHAGIE INTESTINALE.
— MORT.

D..., Camille, 20 ans.

Entré en septembre 1899, salle Saint-Augustin, n° 47. service de M. Bondet.

La durée de la maladie est de 55 jours.

(1) Voir Thèse de P. DUMAINE (Obs. XXXIII).

(2) Voir Thèse de P. DUMAINE (Obs. XLII).

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 43 jours.

Le maximum de température est de 40° 7 les 5^e et 19^e jours.

Les taches rosées sont constatées le 5^e jour.

La gravité est mortelle.

On ne note pas de rechute.

Comme complications on constate de l'albumine ; 2 hémorrhagies intestinales abondantes le 20^e jour ; un léger délire et des râles de congestion aux bases des deux poumons le 53^e jour.

La terminaison est la mort.

Le **séro-diagnostic** est *positif*.

Agglutination complète à 1 pour 50 le 23^e jour (21 septembre).

— — 1 — 500 le 28^e jour.

— — 1 — 500 le 33^e jour.

— — 1 — 300 le 36^e jour.

— — 1 — 200 le 40^e jour.

— — 1 — 350 le 44^e jour.

— — 1 — 300 le 47^e jour.

— — 1 — 200 le 53^e jour.

A l'autopsie. — Dans l'intestin on trouve des ulcérations sur 1m.50 d'intestin grêle jusqu'au cœcum ; quelques-unes ont leurs bords taillés à pic, ne sont pas comblées ; quelques autres sont hémorrhagiques.

La rate est grosse, diffluente.

Le cœur ne présente rien d'anormal.

Aux poumons : les deux bases se présentent sous forme de blocs indurés, rougeâtres, mais dont les fragments ne plongent pas au fond de l'eau. On remarque quelques noyaux plus durs, à centre grisâtre que l'examen bactériologique prouve être des noyaux de broncho-pneumonie.

OBSERVATION LXXXV (1)

FIÈVRE TYPHOÏDE TRÈS IRRÉGULIÈRE. — HÉMORRHAGIE
INTESTINALE.

D..., Jean, 19 ans.

Entré en décembre 1899, salle Saint-Augustin, n° 30, service
de M. Bondet.

(1) Voir Thèse de P. BARBAROUX.

La durée de la maladie est de 60 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 26 jours (17 jours pour la première atteinte, 9 jours pour la rechute).

La maximum de température est de 40° 3 le 32^e jour.

Les taches rosées sont constatées en grand nombre le 20^e jour.

La gravité est sérieuse, prolongée.

On note une rechute le 50^e jour.

Comme complications on constate du délire le 28^e jour, de grandes oscillations le 34^e jour, des signes d'hémorrhagie intestinale le 37^e jour.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif*.

Agglutination complète à 1 pour 190 le 23^e jour (30 décembre).

—	—	1	—	150	le 26 ^e jour.
—	—	1	—	100	le 29 ^e jour.
—	—	1	—	100	le 32 ^e jour.
—	—	1	—	200	le 34 ^e jour.
—	—	1	—	150	le 37 ^e jour.
—	—	1	—	100	le 40 ^e jour (3 ^e j. d'apyr.).
—	—	1	—	100	le 44 ^e jour.
—	—	1	—	100	le 47 ^e jour.
—	—	1	—	100	le 50 ^e jour (1 ^{er} j. rech.).
—	—	1	—	150	le 56 ^e jour.
—	—	1	—	100	le 62 ^e jour (2 ^e j. conval.).
—	—	1	—	150	le 65 ^e jour.
—	—	1	—	50	le 68 ^e jour.

OBSERVATION LXXXVI

FIÈVRE TYPHOÏDE AU DECLIN. — SIGNES CLINIQUES DE BRONCHOPNEUMONIE. — PÉRITONITE PAR PERFORATION. — MORT.

S..., Joannès, 30 ans.

Entré en mai 1899, salle Sainte-Jeanne, n° 24, service de M. Teissier.

La durée de la maladie est de 25 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 4 jours.

Le maximum de température est de 39° 5 le 21^e jour.

Les taches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est mortelle.

On ne note pas de rechute.

Comme complications on constate des melœna la nuit du 20^e jour, un état cérébral médiocre, et les signes d'une péritonite par perforation.

La terminaison est la mort.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 24^e jour (29 mai).

A l'autopsie. — Confirmation du diagnostic de fièvre typhoïde, Perforation intestinale au voisinage du cœcum, ayant entraîné une péritonite.

OBSERVATION LXXXVII (1).

FIÈVRE TYPHOÏDE A FORME HYPERTOXIQUE. — ESCHARRE FESSIÈRE. — INFARCTUS PULMONAIRE. — PHLÉBITE DU MEMBRE INFÉRIEUR GAUCHE. — MORT.

S..., Jean-Baptiste, 30 ans.

Entré en novembre 1899, salle St-Augustin, n° 39, service de M. Bondet.

La durée de la maladie est de 37 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 16 jours.

Le maximum de température est de 40° 7 le 21^e jour.

Les taches rosées sont constatées en petit nombre le 21^e jour.

La gravité est mortelle.

On ne note pas de rechute.

Comme complications, on constate un peu de muguet, des signes d'infarctus pulmonaire, une phlébite du membre inférieur gauche, un œdème volumineux remontant jusqu'à la cuisse et une escharre fessière.

La terminaison est la mort.

Le **séro-diagnostic** est *positif*.

(1) Voir Thèse de DUMAINE (Obs. XXIX).

Agglutination complète à 1 pour 50 le 25^e jour (8 novembre).

— 30 le 30^e jour.

— 10 le 33^e jour.

— 10 le 36^e jour.

A l'autopsie. — Dans les intestins on trouve des plaques ulcérées très nombreuses sur tout le cœcum, qui est couleur lie de vin, et quelques ulcérations encore à 50 centimètres de la valvule. Sur l'intestin grêle il y a une seule ulcération à 10 cent. de la valvule et deux plaques molles un peu plus haut. Les ganglions mésentériques sont volumineux.

La rate est grosse, rouge, diffluente.

Le foie est normal.

Les reins sont congestionnés.

Le cœur est normal.

A la gorge on trouve du muguet sur les cordes vocales, l'épiglotte et dans l'œsophage.

Aux poumons : toute la base du poumon gauche est transformée en un bloc noir creusé de cavernules remplies d'un magma noirâtre ; on dirait de la gangrène pulmonaire, n'était l'absence d'odeur et de débris sphacelés. Il y a un volumineux caillot à l'embouchure de l'artère pulmonaire qui commande ce territoire. Du même côté, la plèvre est épaissie et présente des adhérences. Au poumon droit se trouvent de nombreux infarctus en voie de ramollissement. Il n'y a pas de cicatrices au sommet, mais à la base on trouve deux petites taches blanchâtres, dures, qui semblent être des tubercules en voie de guérison.

On trouve un caillot volumineux dans la veine fémorale gauche.

OBSERVATION LXXXVIII

DOTHIÉNENTÉRIE ANTÉRIEURE EN RECRUESCENCE INDURATION DU SOMMET GAUCHE.

L..., Marie, 25 ans.

Entrée en décembre 1899, salle Ste-Marie, n° 22, service de M. Jossierand.

La durée de la maladie est de 61 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 38 jours.

Le maximum de température est de 39°8 le 23^e jour.

Les taches rosées sont constatées, en petit nombre, le 28^e jour.

La gravité est sérieuse, prolongée.

On ne note pas de rechute.

Comme complications, on constate quelques hémoptysies et des signes d'induration du sommet gauche [(expiration prolongée et soufflante).

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 27^e jour (12 décembre).

A 1 pour 10 : agglutination complète.

A 1 — 30 — —

A 1 — 50 — —

OBSERVATION LXXXIX

DOTHIÉNENTERIE — RECHUTE.

C... , Claudine, 35 ans.

Entrée en mars 1900, salle des 2^{es} Femmes, n° 29, service de M. Renaut.

La durée de la maladie est de 64 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 25 jours (11 jours pour la 1^{re} atteinte, 14 jours pour la rechute).

Le maximum de température est de 40°5 le 30^e jour.

Les taches rosées sont constatées d'une façon douteuse les 29^e et 31^e jours.

La gravité est sérieuse.

On note une rechute le 51^e jour.

Comme complications, on constate des épistaxis très abondantes.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 30^e jour (9 mars).

A 1 pour 10 : agglutination complète (amas volumineux mais peu nombreux).

A 1 pour 30 : agglutination douteuse (amas et bacilles mobiles).

A 1 pour 50 : agglutination incomplète (encore quelques amas, mais nombreux bacilles mobiles).

OBSERVATION XC

FIÈVRE TYPHOÏDE A FORME PULMONAIRE ET CARDIAQUE SIMULANT LA TUBERCULOSE, NOTAMMENT LE COTÉ DROIT. — ANASARQUE.

A..., Marguerite, 27 ans.

Entrée en février 1900, salle des 1^{res} Femmes, n° 8, service de M. Chappet.

La durée de la maladie est de 44 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 8 jours.

Le maximum de température est de 38°9 le 43^e jour.

Les taches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est mortelle.

On ne note pas de rechutes.

Comme complications, on constate de la bronchite généralisée, de l'albumine, un bruit de galop le 39^e jour, un peu de délire le 43^e jour.

La terminaison est la mort.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 38^e jour (14 février).

A 1 pour 10 : agglutination complète.

A 1 — 20 — —

A 1 — 50 — —

A l'autopsie. — Le cadavre est très gras et très putréfié.

On trouve quelques ulcérations près du cœcum.

Le cœur est mou, flasque, très putréfié.

Le foie est gros.

La rate est hypertrophiée.

Les reins sont très altérés.

En somme la putréfaction empêche l'appréciation exacte des lésions.

Aux poumons on constate de la bronchite et de la congestion, mais pas de broncho-pneumonie.

OBSERVATION XCI

DOTHIÉNENTÉRIE. — DEUX RECHUTES.

P... , François, 37 ans.

Entré en octobre 1899, salle Ste-Marguerite, n° 5, service de M. Josserand.

La durée de la maladie est de 106 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 91 jours.

Le maximum de température est de 39°8 le 87^e jour.

Les taches rosées sont constatées les 16^e, 57^e et 94^e jours.

La gravité est sérieuse, très prolongée.

On note deux rechutes.

On ne constate pas de complications sérieuses.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est : 1° *négatif* le 92^e jour (15 janvier).

A 1 pour 10 agglutination négative.

2° *positif* le 103^e jour.

A 1 pour 10 : agglutination complète.

A 1 — 30 : agglutination incomplète (encore des amas, mais nombreux bacilles mobiles).

A 1 pour 50 : agglutination incomplète (encore des amas, mais nombreux bacilles mobiles).

En somme : séro-diagnostic positif, mais réaction agglutinante faible.

3° *positif* le 106^e jour.

A 1 pour 10 : agglutination complète.

A 1 — 30 : agglutination très complète (gros amas et amas moyens).

A 1 pour 50 : agglutination presque complète (majorité d'amas, bacilles mobiles en petite quantité).

4° *positif* le 110^e jour (4^e jour d'apyrexie).

A 1 pour 10 agglutination complète (amas).

A 1 — 30 — —

A 1 — 50 — —

APPENDICE

I. — Formes anormales.

Comme appendice à l'étude du séro-diagnostic dans la fièvre typhoïde, nous plaçons d'abord trois observations de fièvres typhoïdes irrégulières, que l'on ne peut classer ni parmi les formes bénignes, ni parmi les formes graves. Ce sont des formes torpides, presque apyrétiques, ou atteignant à peine 39 degrés sans s'y maintenir, mais qui, par leur prolongation et la fréquence des rechutes ou, au moins, des recrudescences auxquelles elles exposent en général, semblent se rapprocher des formes graves.

Remarquons ici que le pouvoir agglutinant se manifeste très tard et d'une façon très légère. Cette fugacité des réactions humérales dont l'action agglutinante du sérum est, dans ce cas, une manifestation à peine ébauchée, et bien en rapport avec l'allure anormale, est peu dessinée de l'ensemble des symptômes cliniques.

OBSERVATION XCII (1)

FIÈVRE TYPHOÏDE TORPIDE. — COURBE THERMIQUE PEU ÉLEVÉE. —
SÉRO-DIAGNOSTIC NÉGATIF JUSQU'AU 23^e JOUR OU LE POUVOIR
AGGLUTINANT NE DÉPASSE PAS 1 POUR 10.

N..., Joseph, 20 ans.

Entré le 5 mai 1899.

5 mai. — Rien de particulier dans les antécédents du malade.
L'affection actuelle a débuté, il y a huit jours, par de la céphalée,
de l'anorexie. Il n'y a eu ni toux, ni vomissements, ni diarrhée,
ni épistaxis.

A son entrée (8^e jour) :

L'état général est bon. Le malade présente un peu de céphalée,
de l'anorexie, une soif vive.

Il souffre d'une légère constipation.

La langue est blanche.

Le ventre n'est pas ballonné, mais un peu douloureux.

On ne trouve pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite.

Il n'y a pas de taches rosées.

La rate est légèrement hypertrophiée.

Comme traitement on prescrit le régime ordinaire des fièvres
typhoïdes.

6 mai. — L'état général est bon.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 9^e jour.

10 mai. — Le malade présente de la diarrhée.

On note du gargouillement dans la fosse iliaque droite.

La température ne dépasse pas 39 degrés.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 13^e jour.

12 mai. — Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 15^e jour.

20 mai. — La température oscille entre 37°8 et 38°4. Le
malade présente un peu de diarrhée.

Le **séro-diagnostic** est *positif faible* le 23^e jour.

P. A. = 1 pour 10.

(*) Voir Thèse de P. DUMAINE (Obs. LVI).

1^{er} juin. — L'état général est très bon.

L'apyrexie commence aujourd'hui.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 35^e jour.

10 juin. — Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 44^e jour.

Résumé des températures.

Le 9^e jour : T = 38° et 39°2.

Le 13^e jour : T = 38° et 39°.

Le 15^e jour : T = 37°8 et 38°2.

Le 23^e jour : T = 37°8 et 38°4.

Les 35 et 44^e jours : apyrexie.

En résumé, il s'agit d'une fièvre dont la durée totale a été de trente-cinq jours, et dont la durée de la fièvre à l'hôpital a été de vingt-sept jours. Le maximum de température a été de 39°2 le jour de l'entrée, et la courbe thermique est descendue lentement, en lysis prolongé. Le séro-diagnostic, d'abord trois fois négatif, jusqu'au vingt-troisième jour où le pouvoir agglutinant atteint seulement 1 pour 10, redevient négatif les trente-cinquième et quarante-quatrième jours.

OBSERVATION XCIII (1)

FIÈVRE TYPHOÏDE ANORMALE PRESQUE APYRÉTIQUE. —
SÉRO-DIAGNOSTIC POSITIF AU 35^e JOUR.

R... Joseph, 32 ans.

Entré le 1^{er} octobre 1899.

1^{er} octobre. — Rien de particulier dans les antécédents du malade.

(1) Voir Thèse de DUMAINE (Obs. LVII).

L'affection actuelle a débuté, il y a 15 jours, par de la lassitude. Le malade, cependant, ne s'est alité que depuis huit jours, époque à laquelle il a eu de la céphalée. Il n'a présenté ni toux, ni diarrhée, ni épistaxis.

Actuellement (15^e jour) :

Le malade éprouve de la faiblesse, de la courbature, présente de la diarrhée.

L'appétit est conservé.

La langue est un peu blanche.

On ne trouve pas de douleurs abdominales, pas de ballonnement, pas de gargouillement.

Il n'y a pas de taches rosées.

On ne note pas de matité splénique.

Il n'y a rien aux poumons.

Au cœur : à la base, on entend un souffle diastolique intense, aspiratif, à maximum à la partie supérieure du sternum. On ne trouve cependant pas de signes périphériques d'insuffisance aortique.

La température est de 38°3.

Comme traitement on prescrit le régime des fièvres, mais pas de bains.

18 octobre. — L'état général est bon.

Le **séro-diagnostic** est *douteux*, plutôt *négatif* le 32^e jour.

A 1 pour 10 : agglutination incomplète (quelques amas, avec de nombreux bacilles mobiles).

21 octobre. — Le **séro-diagnostic** est *positif* le 35^e jour.

A 1 pour 10 : agglutination complète (amas).

A 1 — 50 : agglutination incomplète (quelques amas avec de nombreux bacilles mobiles).

27 octobre. — On note une matité splénique de trois travers de doigt.

La langue est rouge sur les bords et à la pointe.

Il n'y a toujours pas de diarrhée.

29 octobre. — L'état général est excellent.

L'apyrexie commence aujourd'hui.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 41^e jour.

A 1 p. 10 : agglutination négative (nombreux bacilles mobiles)

OBSERVATION XCIV

FIÈVRE TYPHOÏDE ANORMALE. — SÉRO-DIAGNOSTIC POSITIF. —
CONGESTION PULMONAIRE DROITE. — PAS D'EXAMEN BACTÉ-
RIOLOGIQUE.

R..., Marie, 57 ans.

Entrée le 30 septembre 1899, salle Ste-Clotilde, n° 16, service
de M. Roque.

30 septembre. — Les antécédents héréditaires de la malade
ne présentent rien de particulier. Mariée, elle a une fille bien
portante ; plusieurs de ses enfants sont morts en bas âge.

Personnellement la malade dit n'avoir jamais été très malade.
Elle n'a jamais eu de rhumatisme, jamais de fièvres éruptives.
Elle a été réglée de 15 ans à 40 ans.

Il y a douze jours la malade ressentait un malaise général
indéfinissable. Les troubles digestifs, cependant, semblaient
dominer la scène. L'appétit était nul. Elle eut quelques vomis-
sements. Après une purgation elle eut une diarrhée qui ne la
quitta plus.

Elle ne se présente aucun autre symptôme bien saillant. Elle
eut une légère céphalée qui disparut. Elle n'eut pas de toux,
pas d'oppression, pas d'épistaxis ; un peu d'insomnie et quel-
ques bourdonnements d'oreilles.

À son entrée (13^e jour), la malade ne présente pas un aspect bien
mauvais. Elle n'a pas de stupeur ; un peu de surdité. Elle
répond difficilement aux questions qu'on lui adresse.

Elle n'a pas de vomissements, un peu de diarrhée, mais pas
de coliques.

Il n'y a pas de toux, pas d'expectoration, mais, cependant, une
légère oppression.

La malade ressent un peu de céphalée occipitale et présente
une légère insomnie.

Les mictions sont rares.

À l'examen du tube digestif :

La langue est saburrale, blanche au centre.

A l'inspection de l'abdomen on trouve un léger météorisme.

Il n'existe pas de taches rosées.

La palpation est un peu douloureuse, surtout dans la fosse iliaque droite où l'on a un léger gargouillement.

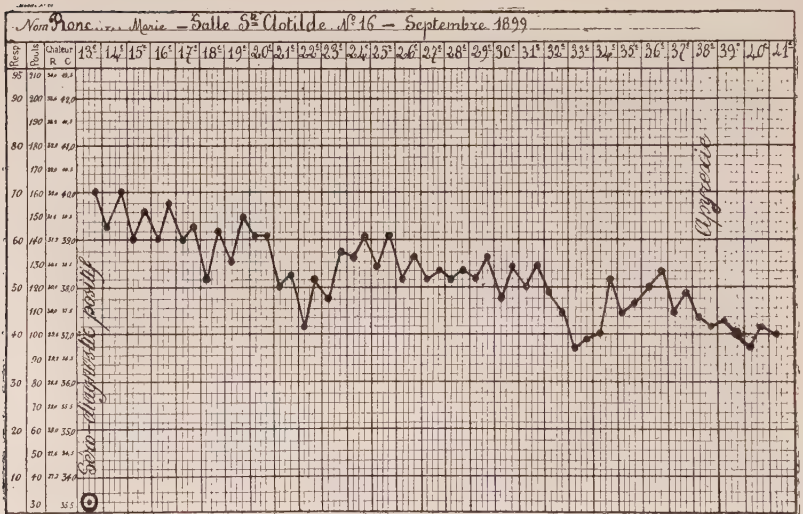
La rate est un peu douloureuse.

A l'examen du cœur :

Les battements sont réguliers.

Il n'y a pas de tachycardie, pas de souffle, pas de galop.

TRACÉ I



Le poulx est plein, tendu.

A l'examen du poumon :

A l'auscultation des bases on a, surtout à droite, une quantité considérables de râles crépitants, mais pas de souffle, pas de broncho-phonie.

A gauche, à la base, les mêmes signes de congestion existent, mais moins accusés.

Il n'y a pas de toux, pas d'oppression.

A l'examen du système nerveux :

On ne trouve pas de signes nets, sauf un peu de surdité.

Du côté de l'urine :

La malade ne peut uriner.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 13^e jour.

A 1 pour 10 : agglutination complète (amas nombreux).

A 1 — 30 — — —

A 1 — 50 — incomplète (quelques petits amas, nombreux bacilles mobiles).

1^{er} octobre. — La malade a pris hier son premier bain à 28 degrés. Elle l'a bien supporté, malgré une légère oppression au début.

Ce matin elle est très abattue.

Le cœur a presque ses deux bruits égaux. On donne 0 gr. 5 de caféine.

3 octobre. — L'état général est bon.

Le cœur est toujours un peu faible. On continue la caféine.

16 octobre. — Les suites de la maladie sont très normales.

30 octobre. — La malade est en très bon état.

Elle sort aujourd'hui.

Il est regrettable que, pour cette dernière observation on n'ait pas eu recours plus souvent au séro-diagnostic. On aurait ainsi pu se rendre compte si la courbe agglutinante présentait la même indécision que la courbe thermique.

II. — Fièvres typhoïdes

SÉRO-DIAGNOSTICS ACCOMPAGNÉS SEULEMENT DU DIAGNOSTIC CLINIQUE.

A part les 94 observations que nous venons d'exposer, nous en avons réuni 39, pour lesquelles nous n'avons pu retrouver les éléments cliniques de

l'observation complète, mais seulement l'indication exacte du diagnostic.

Nous ne pouvons donc les classer ni parmi les formes graves, ni parmi les formes moyennes. Nous en faisons une statistique à part, dont la seule valeur est celle du séro-diagnostic.

Nous faisons remarquer, à ce sujet, que si ces 39 cas ne peuvent pas rentrer dans la statistique des résultats que nous avons obtenus pour nos 94 observations précédentes, l'accord qui existe entre le diagnostic clinique et l'examen du laboratoire nous autorise à leur donner un rang dans notre statistique générale.

Nous donnons, ci-après, ces 39 observations que nous avons placées dans l'ordre indiqué par la date où le séro diagnostic a été recherché pour la première fois.

OBSERVATION XCV

FIÈVRE TYPHOÏDE

M..., Jean, 36 ans.

Entré en mai 1899, salle St-Maurice, service de M. Vinay.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 15 mai.

A 1 pour 10 : agglutination complète.

A 1 — 30 : — —

A 1 — 50 : agglutination incomplète (quelques amas et nombreux bacilles mobiles).

OBSERVATION XCVI

FIÈVRE TYPHOÏDE

G..., Claude.

Entré en mai 1899, salle Ste-Marguerite, service de M. Bard.

Le **séro-diagnostic** est : 1° *négatif*, le 16 mai.

— 2° *positif*, le 19 mai.

A 1 pour 10 : agglutination complète (gros amas).

A 1 — 30 : — — —

OBSERVATION XCVII

FIÈVRE TYPHOÏDE

T..., Joséphine, 18 ans.

Entrée en juin 1899, salle des 4^e Femmes, n° 6, service de M. Teissier.

Le maximum de température est de 38°2, le 9^e jour (3 juin).

Les taches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est légère.

Il n'y a pas de rechute.

Il n'y a pas de complications.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *douteux* le 12^e jour (6 juin).

A 1 pour 10 : il y a agglutination partielle.

OBSERVATION XCVIII

FIÈVRE TYPHOÏDE

M..., Marie, 25 ans.

Entrée en juin 1899, salle Ste-Marie, n° 26, service de M. Vinay.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 7 juin.

A 1 pour 10 : agglutination complète.

A 1 — 30 : — —

A 1 — 50 : — —

OBSERVATION XCIX

FIÈVRE TYPHOÏDE

S..., Pétrus.

Entré en janvier 1900, salle St-Bruno, service de M. Chappet.

Le **séro-diagnostic** est *positif*, le 29 juin 1900.

OBSERVATION C

FIÈVRE TYPHOÏDE

V..., François, 26 ans.

Entré en août 1899, salle St-Maurice, service de M. Vinay

Le **séro-diagnostic** est *positif*, le 1^{er} août.

A 1 pour 10 : agglutination complète.

A 1 — 30 : — —

OBSERVATION CI

FIÈVRE TYPHOÏDE

Sœur B...

Entrée en août 1899, service de M. Audry.

Le **séro-diagnostic** est *positif*, le 9 août.

A 1 pour 10 : agglutination complète.

A 1 — 30 : — —

OBSERVATION CII

DOTHIÉNENTÉRIE

X...

Entrée en août 1899, salle St-Roch, n° 9, service de M. Lépine.

Le **séro-diagnostic** est *positif*, le 12 août.

A 1 pour 10 : agglutination complète.

A 1 — 30: — —

A 1 — 50: — —

OBSERVATION CIII

DOTHIÉNENTERIE.

P..., Périne.

Entrée août 1899, salle St-Roch, service de M. Lépine.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 16 août.

OBSERVATION CIV

FIÈVRE TYPHOÏDE

M..., Quintienne.

Entrée en août 1899, salle St-Maurice, service de M. Vinay.

Le **séro-diagnostic** est : 1° *négatif* le 18 août, malgré une tendance à la formation d'amas à 1 pour 10.

2° *Positif* le 21 août.

OBSERVATION CV

FIÈVRE TYPHOÏDE.

C..., Léon, 26 ans.

Entré en août 1899, salle Ste-Marguerite, service de M. Bard.

Le **séro-diagnostic** est *très positif* le 21 août.

A 1 pour 10 : agglutination complète.

A 1 — 30 — —

A 1 — 50 — —

OBSERVATION CVI

DOTHIÉNENTÉRIE.

X...

Entrée en août 1899, salle St-Roch, n° 4 bis, service de

M. Lépine

Le **séro-diagnostic** est *très positif* le 23 août.

A 1 pour 10 : agglutination complète.

A 1 — 30 — —

A 1 — 50 — —

OBSERVATION CVII

FIÈVRE TYPHOÏDE.

M..., Pierre, 30 ans.

Entré en août 1899, salle St-Maurice, service de M. Vinay.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 29 août.

OBSERVATION CVIII

FIÈVRE TYPHOÏDE.

M..., Victor, 26 ans,

Entré en août 1899, salle St-Maurice, service de M. Vinay.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 31 août.

OBSERVATION CIX

DOTHIÉNENTERIE.

F..., Marie.

Entrée en septembre 1899, salle St-Roch, service de M. Lépine.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 15 septembre.

OBSERVATION CX

FIÈVRE TYPHOÏDE.

B...

Entré en septembre 1899, salle St-Irénée, n° 47, service de M. Chappet.

Le **séro-diagnostic** est : 1° *Positif* le 18 septembre.

—

2° *Positif* le 7 octobre.

A 1 pour 50.

OBSERVATION CXI

DOTHIÉNENTÉRIE.

M..., Marguerite.

Entrée en septembre 1899, salle St-Roch, n° 3 bis, service de M. Lépine.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 22 septembre.

OBSERVATION CXII

DOTHIÉNENTÉRIE.

R..., Jean.

Entré en septembre 1899, salle Ste-Elisabeth, n° 40, service de M. Lépine.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 22 septembre.

OBSERVATION CXIII

FIÈVRE TYPHOÏDE

Femme C...

Entrée en octobre 1899, salle Ste-Marie, service de M. Josserand.

Le **séro-diagnostic** est *positif*, le 10 octobre.

A 1 pour 10 : agglutination complète.

A 1 — 30 — —

A 1 — 50 — —

OBSERVATION CXIV

DOTHIÉNENTÉRIE

T..., Rosalie.

Entrée en octobre 1899, salle St-Roch, n° 9, service de M. Lépine.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 11 octobre.

Jusqu'à 1 pour 150 : agglutination complète.

OBSERVATION CXV

FIÈVRE TYPHOÏDE

L..., Marie-Louise.

Entrée en octobre 1899, salle des 2^es Femmes, n° 43, service de M. Bard.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 24 octobre.

Jusqu'à 1 pour 100 : agglutination complète.

OBSERVATION CXVI

DOTHIÉNENTÉRIE

M..., Frédéric.

Entré en octobre 1899, salle Ste-Elisabeth, n° 18, service de M. Lépine.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 24 octobre 1899.

A 1 pour 10 : agglutination complète.

A 1	—	30	—	—
-----	---	----	---	---

A 1	—	50	—	—
-----	---	----	---	---

OBSERVATION CXVII

DOTHIÉNENTÉRIE

G..., Jean.

Entré en octobre 1899, salle Ste-Elisabeth, n° 37, service de M. Lépine.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 24 octobre.

A 1 pour 10 : agglutination complète.

A 1	—	50	—	—
-----	---	----	---	---

OBSERVATION CXVIII

DOTHIÉNENTÉRIE

M..., Jean.

Entré en octobre 1899, salle Ste-Elisabeth, n° 15, service de M. Lépine.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 24 octobre.

A 1 pour 10 : agglutination complète.

A 1	—	30	—	—
-----	---	----	---	---

A 1	—	50	—	—
-----	---	----	---	---

OBSERVATION CXIX

FIÈVRE TYPHOÏDE FORME PROLONGÉE

C..., Jean-Marie.

Entré en octobre 1899, salle Ste-Marguerite, service de M. Bard.

Le **séro-diagnostic** est *positif* douteux le 29 octobre.

A 1 pour 10 : agglutination incomplète (Ebauche de quelques amas et nombreux bacilles mobiles).

OBSERVATION CXX

FIÈVRE TYPHOÏDE

B..., Paul, 22 ans.

Entré en novembre 1899, salle St-Maurice, service de M. Vinay.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 3 novembre.

A 1 pour 10 : agglutination complète (amas).

A 1 — 30 : agglutination incomplète (amas et bacilles mobiles).

A 1 pour 50 : agglutination négative.

OBSERVATION CXXI

FIÈVRE TYPHOÏDE

R..., Joseph.

Entré en octobre 1899, salle Ste-Marguerite, service de M. Bard.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 12 novembre.

A 1 pour 10 : agglutination complète.

A 1 — 20 — négative.

A 1 — 30 — —

OBSERVATION CXXII

FIÈVRE TYPHOÏDE

D..., François.

Entré en novembre 1899, salle Ste-Marguerite, service de M. Bard.

Les taches rosées sont très nombreuses.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 13 novembre.

A 1 pour 30 : agglutination complète (amas).

A 1 — 50 — — —

A 1 — 100 : agglutination négative (bacilles mobiles).

OBSERVATION CXXIII

FIÈVRE TYPHOÏDE.

H..., Marie.

Entrée en novembre 1899, salle des 2^{es} Femmes, service de M. Bard.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 15 novembre.

A 1 pour 10 : agglutination complète.

A 1 — 30 — — —

A 1 — 50 — — —

OBSERVATION CXXIV

FIÈVRE TYPHOÏDE LÉGÈRE.

D..., Marie-Claudine.

Entrée en novembre 1899, salle des 2^{es} Femmes, service de M. Bard.

Le **séro-diagnostic** est *positif faible* le 21 novembre.

A 1 pour 10 : agglutination incomplète.

(Tendance à petits amas et nombreux bacilles mobiles.)

OBSERVATION CXXV

DOTHIÉNENTÉRIE. — FAUSSES COUGHES AU DÉBUT.

S..., Marie-Virginie, 19 ans.

Entrée en décembre 1899, salle Sainte-Blandine, n° 14, service de M. Audry.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 4 décembre.

A 1 pour 10: agglutination complète.

A 1 — 30 — —

A 1 — 50 — —

A 1 — 100 — —

OBSERVATION CXXVI

TYPHOÏDETTE.

C...

Entré en décembre 1899, salle Saint-Eucher, service de M. Mouisset.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 7 décembre.

A 1 pour 10: agglutination complète.

A 1 — 30 — —

OBSERVATION CXXVII

DOTHIÉNENTÉRIE PROLONGÉE.

X...

Entrée en décembre 1899, salle des 1^{res} Femmes, n° 11, service de M. Drivon.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 29 décembre.

A 1 pour 20: agglutination complète.

A 1 — 30 — —

A 1 — 50 — négative (bacilles mobiles).

OBSERVATION CXXVIII

DOTHIÉNENTÉRIE PROLONGÉE.

X...

Entrée en décembre 1899, salle des 1^{res} Femmes, n° 8, service de M. Drivon.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 31 décembre.

A 1 pour 100 : agglutination complète (gros amas).

A 1 — 200 — — —

A 1 — 400 — incomplète (bacilles accolés et bacilles mobiles).

A 1 pour 600 : agglutination négative.

OBSERVATION CXXIX

FIÈVRE TYPHOÏDE.

C..., Martin.

Entré en janvier 1900, salle Sainte-Marguerite, service de M. Jossierand.

Le **séro-diagnostic** est *positif douteux* le 22 janvier.

A 1 pour 10 : agglutination très incomplète (quelques amas et bacilles mobiles).

A 1 — 30 agglutination négative (bacilles mobiles).

OBSERVATION CXXX

FIÈVRE TYPHOÏDE BÉNIGNE.

D..., Philippe.

Entré en février 1900, salle Sainte-Elisabeth, service de M. Lépine.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 27 février.

OBSERVATION CXXXI

FIÈVRE TYPHOÏDE.

B...

Entré en mars 1900, salle Saint-Nizier, service de M. Devic.

Le **séro-diagnostic** est : 1° *positif* le 21 mars..

A 1 pour 10: agglutination complète.

A 1 — 30 — —

A 1 — 50: agglutination incomplète (amas, mais très nombreux bacilles mobiles).

2° *positif* le 23 mars.

A 1 pour 10: agglutination complète.

A 1 — 50 — incomplète (amas et bacilles mobiles).

OBSERVATION CXXXII

FIÈVRE TYPHOÏDE.

C..., Benoît.

Entré en mars 1900, salle Sainte-Jeanne, service de M. Teissier.

Le **séro-diagnostic** est : 1° *positif* le 21 mars.

A 1 pour 10: agglutination complète.

A 1 — 30 — —

A 1 — 50 — incomplète (amas et bacilles mobiles).

2° *Positif faible* le 10 avril.

A 1 pour 10: agglutination incomplète (nombreux amas et bacilles mobiles).

A 1 — 30: agglutination négative.

3° *Négatif* le 28 avril.

A 1 pour 10: agglutination douteuse (amas et bacilles mobiles).

A 1 — 30 — négative.

OBSERVATION CXXXIII

DOTHIÉNENTÉRIE. — FORME PULMONAIRE (BRONCHITE DIFFUSE PRÉDOMINANTE A DROITE). — ALBUMINURIE CONSIDÉRABLE. — ULCÉRATION DE LA LANGUE. — PHLÉBITE GAUCHE.

S..., Anne, 39 ans.

Entrée en octobre 1899, salle Ste-Blandine, n° 4, service de M. Audry.

Les taches rosées sont abondantes sur l'abdomen et le thorax, le 2 octobre, et un peu papuleuses.

Comme complications, on constate : une bronchite et de l'albumine, une ulcération de la face inférieure de la langue le 31 octobre, une phlébite gauche le 16 novembre, une éruption vésico-papuleuse varioliforme le 30 novembre, nécessitant le passage à l'isolement.

Le **séro-diagnostic** est *très positif* le 27 octobre.

A 1 pour 10 : agglutination complète.

A 1 — 30 — —

A 1 — 50 — —

RÉSUMÉ GÉNÉRAL.

Si, maintenant, nous résumons, en les totalisant, tous les résultats que nous avons obtenus par notre étude du séro-diagnostic dans la fièvre typhoïde, nous voyons qu'ils peuvent se grouper de la façon suivante :

Le nombre total de fièvres typhoïdes observées est de 133; elles ont nécessité la recherche de 353 séro-réactions.

Parmi ces 133 cas, nous voyons que :

- 113 cas ont été positifs au premier examen ;
- 11 cas ont été douteux au premier examen ;
- 9 cas ont été négatifs au premier examen.

Nous nous sommes expliqué sur la conclusion qu'il fallait tirer des résultats douteux (1).

Quant aux cas négatifs, remarquons que, sauf pour un malade (Obs. LXIII), où la séro-réaction n'a été cherchée qu'une fois, l'avant-veille de la mort, une seconde recherche a toujours donné une réponse positive. Ces résultats négatifs n'infirmen donc pas, autant qu'on pourrait le croire à première vue, l'importance du séro-diagnostic.

En tous cas, *lors d'une première recherche*, la séro-réaction n'a été absente que dans 9 cas. Cela donne un pourcentage général de 6,75 pour 100.

Les 353 séro-réactions recherchées se répartissent ainsi :

- 326 ont été positives ;
- 13 ont été douteuses ;
- 14 ont été négatives.

Il s'en suit que la séro-réaction n'a été absente que dans 4 pour 100 des examens.

Le simple exposé des résultats fournis par le séro-diagnostic de Widal, dans la fièvre typhoïde, montre suffisamment que ce signe possède une grande

(1) Voir page 18

valeur. La constance de la réaction du sérum est bien telle que l'a montrée cet auteur. Dans la presque totalité des cas, la présence du pouvoir agglutinant permet d'établir le diagnostic à une époque de la maladie où, souvent, l'étude des symptômes cliniques ne peut arriver à un résultat aussi net.

DEUXIÈME PARTIE

Le séro-diagnostic dans l'embarras gastrique

CHAPITRE III

Le séro-diagnostic dans les embarras gastriques fébriles ou apyrétiques.

Nous en arrivons, maintenant, à l'étude du séro-diagnostic dans l'embarras gastrique, fébrile ou non.

Ce chapitre est très important, et cela à un double point de vue, doctrinal et pratique.

D'abord, pour le clinicien, il est intéressant de connaître la véritable nature de l'embarras gastrique. Voici un malade qui présente un ensemble

de symptômes rappelant ceux de la fièvre typhoïde. Le tableau est à peu près complet, sauf par exemple, la présence de taches rosées, d'épistaxis, etc. Mais dans les fièvres typhoïdes les plus avérées, il est rare que l'on ne remarque pas l'absence de quelque signe clinique, surtout au début de la maladie. Le seul caractère qui frappe ici est la bénignité ou l'aspect vague des symptômes. Aussi le diagnostic est hésitant. Est-on devant un malade atteint de fièvre typhoïde très légère, ou bien a-t-on affaire à une maladie analogue, mais présentant beaucoup moins de gravité ? En un mot, l'embarras gastrique n'est-il qu'une dothiémentérie très atténuée, ou bien est-ce une affection à part, possédant son existence propre à côté de la fièvre typhoïde ? C'est à cette question que nous allons d'abord essayer de répondre.

Mais l'importance de cette discussion s'accroît considérablement quand on passe du terrain scientifique dans la pratique. En effet, s'il est utile de connaître la nature de l'embarras gastrique, il est indispensable de distinguer cette maladie de la fièvre typhoïde quand on arrive au traitement. Doit-on traiter cette affection comme une fièvre typhoïde légère ou faut-il avoir recours à un régime moins sévère ? Si l'embarras gastrique et la dothiémentérie ne sont que deux formes d'une même entité clinique, à l'état larvé dans le premier cas et en plein développement dans le second, il est naturel que le clinicien prescrive le régime des fièvres typhoïdes et ne se laisse pas impressionner par l'apyrexie et le bon état apparent du malade. Si, au contraire, l'embarras

gastrique est une maladie à part, de nature spéciale, on pourra alimenter le malade et lui permettre de réparer plus vite ses forces, et cela à une époque de la convalescence où ce pourrait être un danger et une faute grave pouvant entraîner la mort dans le cours d'une dothiéntérie.

Nous allons diviser notre étude de la façon suivante :

I. — Nous comparerons d'abord les opinions des cliniciens et les renseignements fournis par les principaux auteurs qui ont écrit sur ce sujet. Nous nous proposons ainsi de bien définir l'affection dont nous nous occupons en ce moment, et de dissiper l'incertitude que pourraient faire naître les diverses appellations dont on s'est servi pour la désigner sous des formes analogues, du moins en apparence.

II — Nous examinerons ensuite si le séro-diagnostic a donné, dans ces cas, entre les mains des différents cliniciens qui l'ont essayé, des renseignements dont nous venons de faire ressortir l'importance à un moment où l'examen clinique des symptômes est impuissant à établir la nature véritable de la maladie.

III. — L'étude des nouveaux résultats personnels de M. P. Courmont et des conclusions qui en découlent terminera ce chapitre.

1^o ETUDE CLINIQUE DE L'EMBARRAS GASTRIQUE.

Qu'est-ce donc que l'embarras gastrique pour le clinicien?

Par le mot τυφος, les anciens indiquaient la nature contagieuse d'un grand nombre de maladies fort dissemblables. Cette confusion dura jusqu'au XVIII^e siècle où Tissot, le premier, semble isoler l'embarras gastrique de la fièvre typhoïde (1) :

La fièvre typhoïde présente trois degrés de gravité qui constituent trois genres différant par l'intensité et la durée des accidents, depuis les formes de l'embarras gastrique de courte durée, jusqu'aux formes les plus graves...

Dans la suite, les auteurs se sont surtout attachés à démontrer l'existence d'une forme bénigne de la fièvre typhoïde qu'ils désignaient, en général, sous le nom de « typhus abortif ».

Mais, jusque-là, on ne s'est guère occupé que des rapports du typhus abortif avec la fièvre typhoïde, sans s'occuper de son analogie avec l'embarras gastrique fébrile. Ce n'est qu'en 1885 que nous trouvons posée la question du diagnostic différentiel de ce typhus abortif et de l'embarras gastrique fébrile.

M. Kiener, le premier, dans un rapport à la

(1) TISSOT. — Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde observée à Lausanne, 1754-1755.

Société médicale des Hôpitaux (1); se demande nettement quelle est la nature de certaines maladies fébriles qui accompagnent les épidémies de fièvre typhoïde :

On observe dans tous les climats, à côté des grandes pyrexies infectieuses, telles que la fièvre typhoïde... des pyrexies de durée plus courte et de gravité moindre pour lesquelles la détermination anatomo-pathologique fait particulièrement défaut. Partout s'est posé le problème de savoir s'il s'agit d'une forme abortive de la pyrexie régnante, ou d'une maladie *sui generis* qu'on a, le plus souvent, imputée aux causes climatiques...

Puis il ajoute que ce sont :

..... des pyrexies d'une durée d'un à deux septénaires, répondant aux dénominations anciennes de synoque et de fièvre inflammatoire, et qui ont été l'objet de descriptions assez variées, suivant les climats. Monneret, en 1861, demandait une place modeste, à côté de l'entité envahissante de la fièvre typhoïde, pour la petite fièvre synoque qu'il décrivit sous le nom de *fièvre gastrique simple ou bilieuse*. Les symptômes dont il la dote sont peu caractéristiques, et il reconnaît lui-même qu'elle ne peut être distinguée de la fièvre typhoïde que par sa courte durée et l'atténuation de ses symptômes. Le *catarrhe gastrique fébrile* et la fièvre herpétique des auteurs modernes ne semblent pas avoir de titres plus solides, car si l'on observe, dans un même lieu, pour une série d'années, la marche épidémique de ces affections très communes, et qu'on la représente par un tracé graphique, il est facile de reconnaître que ce tracé est constamment parallèle à celui de la fièvre typhoïde...

(1) KIENER.—Observations de fièvre éphémère. *Société Médicale des Hôpitaux*, séance du 10 avril 1885.

Dans une séance ultérieure de la même Société, M. Kelsch (1) rattache plus étroitement l'embarras gastrique à la dothiéntérie :

..... Considérée isolément, dans ses cas sporadiques, la fièvre rémittente gastrique s'impose, au premier abord, comme une entité morbide distincte; mais, envisagée dans le milieu épidémique qui lui est particulièrement propre, étudiée dans ses rapports avec les formes morbides concomitantes, elle revêt une signification tout autre; elle perd son individualité apparente pour se confondre dans la grande endémie de nos climats, la dothiéntérie...

Puis il cite un certain nombre d'observations d'où il croit pouvoir conclure :

..... Qu'il existe, en définitive, entre l'embarras gastrique fébrile banal et la fièvre typhoïde typique une série naturelle, une gradation non interrompue qui implique l'identité de nature de tous ces processus fébriles.

Au nom de la clinique, nous sommes donc autorisés à considérer la rémittente gastrique comme une expression atténuée de la dothiéntérie...

... La plupart des épidémies de fièvre typhoïde dans l'armée sont précédées et accompagnées d'embarras gastriques fébriles. Mentionnons encore que c'est, comme pour la fièvre typhoïde, parmi les sujets jeunes ou récemment arrivés dans les grands centres, qu'on observe le plus grand nombre d'embarras gastriques fébriles; c'est, du moins, à cette catégorie d'individus que se rapportent presque tous les faits que j'ai recueillis.

... L'embarras gastrique simple n'est, probablement, pas distinct du fébrile...

En résumé, nos deux pyrexies, la rémittente simple et la dothiéntérie sont unies ensemble par d'incontestables traits cliniques, mais surtout par la similitude de leurs conditions

(1) KELSCH. — Observations sur l'embarras gastrique fébrile. *Société Médicale des Hôpitaux*, séance du 8 mai 1885.

étiologiques. Cette similitude se traduit par la coïncidence de leur règne, par le parallélisme de leur marche à travers les mois et les années et par l'identité des conditions de réceptivité individuelle. Pas plus dans ses cas sporadiques que dans ses manifestations épidémiques, la fièvre gastrique n'a d'évolution propre, indépendante; elle est le pâle satellite de la fièvre typhoïde, qu'elle suit dans ses rémissions et ses recrudescences saisonnières et annuelles. *Elle nous apparaît, en un mot, non comme une entité distincte, mais comme l'expression atténuée de la grande pyrexie de nos climats...*

C'est également à cette conclusion qu'arrive Lévy (1) dans sa thèse, où il montre que la similitude entre l'embarras gastrique et la fièvre typhoïde atténuée existe non seulement dans les symptômes, mais encore dans l'examen étiologique :

De ces considérations nous pouvons très bien conclure que l'embarras gastrique fébrile est bien de nature infectieuse et qu'il reconnaît pour cause le même germe que la fièvre typhoïde. Par quel mécanisme ce micro-organisme produit-il ici une dothiéntérie bien caractérisée, là un embarras gastrique fébrile ? Nous ne voulons pas essayer de l'expliquer. Nous nous contenterons de dire que, dans toutes les maladies infectieuses, il y a, à côté de la maladie typique constituée par l'évolution complète du virus qui l'a produite, une évolution atténuée, incomplète de ce même virus qui produit alors des formes légères.

On peut en déduire, par conséquent, que c'est absolument le même germe pour la fièvre typhoïde et pour ses formes atténuées, que ces formes soient appelées typhus abortif ou embarras gastrique fébrile.

(1) LÉVY. — De l'embarras gastrique fébrile dans ses rapports avec la fièvre typhoïde. — Thèse de Montpellier, 1885-86, — n° 24.

Courtet, dans sa thèse (1), étudie un certain nombre de « fièvres typhoïdes abortives ». Après avoir établi l'existence réelle de cette forme de la dothiéntérie, il ajoute :

Ainsi voilà donc établie l'existence de la forme abortive de la fièvre typhoïde. De cette forme bénigne aux affections que l'on décrit sous le nom d'embarras gastrique fébrile, il y a peu de distance. Il y en a si peu que la clinique seule reste le plus souvent impuissante à en établir le diagnostic différentiel.

... En 1886, à propos d'une épidémie de fièvre typhoïde, M. le professeur Colin, du Val-de-Grâce, écrivait : « Tous les malades qui se présentaient à la visite, quelle que fût leur affection, offraient une physionomie commune, prouvant qu'ils avaient été empoisonnés à la même source et que, seule, probablement, la différence dans le degré d'intoxication faisait la différence dans les manifestations, celles-ci consistant soit en diarrhée simple, soit en embarras gastrique, soit en fièvre typhoïde confirmée ».

Cette fois on ne peut dire plus nettement l'identité de ces affections classées comme différentes. On y voit énoncée l'idée d'infection commune, reliant ces degrés divers de la maladie typhoïde. L'embarras gastrique y est clairement indiqué comme étant simplement un degré moindre dans les symptômes provenant d'une moindre intoxication.

Mais Courtet démontre, d'une façon irréfutable, l'analogie de l'embarras gastrique et de la dothiéntérie en examinant un cas d'embarras gastrique fébrile, observé par M. Chantemesse, dû à l'ingestion d'eau de Seine, et qui, après guérison complète, a rechuté en fièvre typhoïde confirmée, avec com-

(1) COURTET. — Embarras gastrique fébrile et fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1889-90, n° 29, page 41.

plications graves. Nous allons reproduire intégralement cette observation (1).

FIÈVRE TYPHOÏDE ABORTIVE (EAU DE SEINE). — RECHUTE EN FIÈVRE TYPHOÏDE CONFIRMÉE. — HÉMORRHAGIES INTESTINALES. — PERFORATION INTESTINALE. — PÉRITONITE. — GUÉRISON.

D. . . , Marie, 18 ans, couturière. Entrée, le 16 juillet 1889, salle Claude-Bernard ; lit n° 13

Habite le XX^e arrondissement, travaille dans le XI^e. Eau de Seine dans les deux.

Vient à l'hôpital, se plaignant d'un malaise général, d'insomnie, de diarrhée et de tumeur douloureuse dans le sein droit; elle a eu des épistaxis fréquentes, ces jours derniers et a de la céphalalgie frontale.

Elle est malade depuis cinq jours. Le début s'est fait brusquement par de la courbature, du malaisé général et de l'insomnie; elle a eu des épistaxis le premier jour; la diarrhée n'a commencé qu'il y a deux jours.

Le faciès est congestionné; la langue visqueuse, rouge aux bords et à la pointe, blanche au centre; douleur avec gargouillement dans la fosse iliaque droite. Pouls régulier; respiration forte.

Du côté du sein on trouve une tuméfaction du volume d'une petite noix, mobile, semblant localisée à un cul-de-sac glandulaire; la consistance est ferme et on ne note pas de changement de couleur de la peau à ce niveau (compression du sein avec pansement ouaté).

Température : 39° 6. Rien dans les urines.

17 juillet. — Insomnie, céphalalgie et diarrhée persistent. Température : 38° 7; soir, 39° 6.

Purgation : naphthol et bismuth. Lait. Todd.

19 juillet. — La malade va mieux, ne se plaint de rien. Persistance de l'état de la langue. Température : 38°; soir, 39°.

(1) COURTET. — *In loco citato* (Obs XVII).

23 juillet. — La malade ne se plaint de rien. Le sommeil a repris. Depuis deux jours il y a de grandes oscillations entre les températures du matin et du soir. Le pansement du sein est défait. On ne trouve plus la tuméfaction douloureuse du jour de son entrée.

24 juillet. — Va bien. Appétit. Température : 36°5; soir, 37°4.

25 juillet. — Un œuf. Température : 36°8; soir, 37°4.

28 juillet. — La malade commence à bien aller. Mange des abricots en cachette. Température : 37°4; soir, 38°.

29 juillet. — Malaise général : 38°6; soir, 37°8. Purgation.

30 juillet. — La diarrhée recommence. La fièvre a repris. Température : 38°2; soir, 39°6. Lotions toutes les trois heures quand la température dépasse 38 degrés.

31 juillet. — Idem. Température : 39°2; soir, 40°4.

1^{er} août. — Tous les symptômes ont repris : céphalalgie ; insomnie ; diarrhée. Bains froids toutes les trois heures quand la température dépasse 39 degrés. Température : 39°; soir, 38°6.

2 août. — La malade tousse un peu. Rien dans la poitrine. Le ventre n'est pas douloureux. Peau sèche. Pouls régulier. La langue est rouge aux bords, blanche au centre. Les bains froids sont bien supportés. Température : 40°; soir, 40°4.

4 août. — Même état. Epistaxis. Température : 39°8; soir, 39°4. Purgation.

5 août. — Ce matin : lèvres sèches; langue tremblotante. La malade n'est pas affaissée et répond bien. Le ventre est un peu gros, pas ballonné. Le pouls est régulier à 120. Dans la poitrine : râles sibilants et ronflants.

6 août. — Eruption abondante de taches rosées. Pouls à 120, régulier. Diarrhée ocreuse. Les bains froids ne sont pas mal tolérés. Pas de stupeur.

7 août. — Même état. Pouls à 112. Langue visqueuse, rouge aux bords et à la pointe, sale au centre, tremblante.

8 août. — Taches rosées très abondantes. Pouls à 104. Deux selles en diarrhée dans la journée. En outre des bains froids, on donne 50 centigrammes de sulfate de quinine.

9 août. — Même état. Pouls à 120. Pas de stupeur.

10 août. — A dix heures : même état.

A 2 heures du soir : selle liquide avec sang noirâtre et un caillot. La température reste élevée à 39°6. Le pouls est régulier, assez fort, à 120. Pas de douleur de ventre. On arrête les bains froids. Glace sur le ventre.

A 6 heures du soir : la malade a eu deux nouvelles selles de même nature que la première. La température a un peu baissé. Pas de douleur de ventre. Glace sur l'abdomen. Injection d'ergotine. Extrait thébaïque, 0,15 centigrammes. Todd.

11 août. — La malade n'a pas rendu de sang depuis hier. Depuis ce matin elle vomit du liquide bilieux vert. Toujours pas de douleur de ventre. La malade se trouve bien. La température a baissé à 37° ; 37°2. Le pouls est régulier, un peu mou à 88. Continuer la glace.

A 5 heures du soir : la malade continue à vomir. La peau est froide. La température rectale est de 35°2. Le pouls est faible à 80. La malade ne souffre pas, se trouve bien. La face est pâle, les yeux brillants. On supprime la glace. Boule d'eau chaude aux pieds et autour du corps ; injection d'ergotine ; extrait thébaïque 0,20 centigrammes ; Todd. Vin de Bagnols.

12 août. — La malade n'a pas rendu de sang. Le ventre est un peu ballonné, il n'est douloureux en aucun point. La température est un peu remontée. Pouls à 108. On remet la glace sur le ventre ; extrait thébaïque 0,25 centigrammes par fraction toutes les deux heures.

13 août. — Ce matin, facies pâle avec pommettes rouges ; les yeux sont brillants cerclés de noir ; les lèvres et le nez pincés ; le bout du nez, l'extrémité des doigts sont froids. La langue est tremblante. Cyanose des ongles. Le ventre n'est douloureux en aucun point. L'intelligence reste intacte. On continue la glace et l'extrait thébaïque à la dose de 0,30 centigrammes par fractions en vingt-quatre heures.

A 5 heures du soir : vomissements aqueux.

14 août. — La température recommence à baisser. Pourtant l'état général est meilleur qu'hier. Les extrémités sont réchauffées. Pas de nausées. La malade dit même avoir un

peu faim. Le ventre continue à rester indolore en tous points ; il est moins ballonné qu'hier. La langue est tremblante, les lèvres sont rosées. Pouls à 80. On continue l'opium à la dose de 0,30 centigrammes et la glace.

A 5 heures du soir : continue à bien aller. Eruption furonculaire commençant au sacrum.

15 août. — Le mieux s'accroît. Pouls régulier à 80. Un peu de bouillon le soir. On continue l'opium à la dose de 0,15 centigrammes.

16 août. — Même état général qu'hier. Pouls à 100. Furoncles sur les fesses et sur l'abdomen. On supprime l'opium.

17 août. — Va bien. Pouls régulier. On supprime la glace sur le ventre et on donne un lavement simple.

Le soir : une selle très abondante. La malade a été constipée pendant sept jours. Pas de sang. Le ventre est plat, non douloureux.

18 août. — Va bien.

20 août. — Continue à bien aller. OEuf, côtelette.

23 août. — Mange à un degré.

31 août. — Malade se lève. Pas de vertiges.

1^{er} septembre. — Mange à quatre degrés.

9 septembre. — Sort, allant très bien.

Cette observation suggère à M. Courtet les réflexions suivantes (1), dans lesquelles il reconnaît entièrement l'identité de la nature de l'embarras gastrique et de la dothiéntérie :

Cette observation..... comprend deux parties. La première peut être donnée pour un des types de la maladie que nous avons étudiée en dehors de ses complications, et la seconde est celle d'une vraie fièvre typhoïde. Le rapprochement de ces deux faits s'impose et tend à faire conclure à l'identité de la nature de ces deux affections. C'est dans ces cas que Trousseau

(1) COURTET. — *In loco citato*, page 32.

disait : « C'est toujours la même maladie, dont les accidents, momentanément interrompus, se répètent sous l'influence de la même cause morbifique qui les a tout d'abord occasionnés ». En effet, la première maladie n'était pas terminée cliniquement quand la seconde est arrivée. Nous avons noté la persistance de l'état de la langue, fait sur lequel a déjà insisté M. Netter. Cette rechute s'est comportée comme celle d'une typhoïde vraie ; elle a eu pour cause occasionnelle un accident fréquemment noté pour les rechutes de la fièvre typhoïde : une indigestion.

Quand une maladie infectieuse se termine, on ne peut pas dire que nous soyons débarrassés de tous ces germes.....

Le cas que nous venons de résumer admettrait fort bien cette explication. La seconde maladie serait une généralisation de la première. Il en restait quelques germes dans les voies digestives ; à la suite de la cause occasionnelle que nous avons signalée, la barrière intestinale a été forcée et la maladie s'est généralisée. Or le fait de cette généralisation nous a donné une fièvre typhoïde ; la première affection devait donc être une manifestation de l'infection typhique.

Ainsi donc, au point de vue clinique, l'embarras gastrique fébrile n'est qu'une forme non développée de la fièvre typhoïde. Mais M. Courtet a voulu le prouver d'une façon indiscutable par l'examen bactériologique du sang. Malheureusement le succès n'a pas couronné ses efforts :

Il est vrai que, pour montrer l'identité des deux maladies, on devrait montrer la présence des bacilles typhiques dans la rate. Nous avons tenté de fournir cette preuve, mais *toujours le sang s'est montré stérile*. Ce fait même n'est pas en contradiction avec l'état actuel de nos connaissances, puisqu'on sait que, pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, même franche, on ne trouve rien dans la rate. Tous nos malades ont guéri et pouvaient presque être, à ce moment, considérés comme en convalescence.....

Ce même résultat négatif a été obtenu par M. Chantemesse; mais cela ne l'empêche pas de croire à l'unité de nature de ces deux maladies. En effet dans une étude sur ce sujet (1), après avoir examiné les rapprochements que l'on peut faire entre la forme légère de la dothiéntérie et l'embarras gastrique fébrile, il cite le cas que nous avons reproduit plus haut d'après M. Courtet :

J'ai vu un de ces embarras gastriques fébriles, qui était guéri au bout de douze jours, reparaitre sous forme d'une rechute, qui a été une fièvre typhoïde grave, compliquée d'hémorrhagies intestinales et de péritonite.

Ainsi la fièvre, le cycle de la maladie, les troubles nerveux, le gonflement de la rate....., les rechutes qui peuvent aboutir à la fièvre typhoïde confirmée, indiquent la parenté de cette infection avec l'infection typhoïde.

Pour établir l'identité absolue de ces deux maladies, il aurait fallu trouver, dans la rate des malades atteints d'embarras gastrique fébrile, le bacille typhique. J'ai fait, chez cinq malades, qui tous ont guéri, une ponction de la rate avec un trocart capillaire et pur : *le sang s'est montré stérile.*

Cette expérience négative ne permet pas de rejeter l'assimilation que je propose après M. Kiener. Mes malades étaient atteints de fièvre typhoïde abortive et c'est pour cela précisément que l'infection microbienne n'était pas généralisée dans tous les organes. Il y avait, cependant, pénétration des bacilles dans l'économie, ainsi que paraissaient en témoigner les taches rosées. L'amélioration brusque, après une perte sanguine, permet de croire qu'une partie des symptômes dépendait de l'intoxication du sang.

L'embarras gastrique fébrile, en séparant de lui les simples

(1) CHANTEMESSE. — La fièvre typhoïde, l'embarras gastrique fébrile et la distribution de l'eau de Seine, à Paris, *Semaine Médicale*, 10 novembre 1899, page 421.

indigestions, ne serait, d'après nous, qu'une infection typhoïde ne dépassant pas la cavité intestinale. Qu'un excès alimentaire ou toute autre cause vienne à changer les conditions chimiques du contenu intestinal, la barrière de la paroi intestinale peut être forcée et l'infection se généraliser. L'antisepsie intestinale rigoureuse, suivant la méthode de M. Bouchard, produit au contraire, les meilleurs résultats...

Cette absence du bacille d'Eberth dans l'embarras gastrique a encore été notée par M. Glorget dans sa thèse (1), mais il lui donne une autre explication. Pour lui, les rapports qui existent entre cette maladie et la dothiéntérie seraient plutôt ceux de cause à effet, c'est-à-dire que la première prédisposerait à la seconde. Cela l'entraîne nécessairement à admettre l'existence clinique, séparée de l'embarras gastrique.

Quelques auteurs ont pensé que l'embarras gastrique n'était que la forme légère, atténuée de la fièvre typhoïde (*typhus levissimus*). L'embarras gastrique est souvent l'annonce de l'infection typhique. On peut constater quelquefois une transition insensible de l'un à l'autre; mais la fièvre typhoïde ne naîtrait-elle pas à l'occasion de l'embarras gastrique? Le bacille d'Eberth, considéré comme agent spécifique de la fièvre typhoïde, n'a pas été constaté dans l'embarras gastrique vrai. La courbe thermique n'est pas la même; dans la fièvre typhoïde, la température monte environ d'un à deux degrés chaque soir et présente une chute d'un demi-degré chaque matin, et le chiffre de 40 degrés n'est atteint qu'au bout de quatre à cinq jours; la fièvre gastrique ne présente pas cette évolution. L'embarras gastrique ne comporte pas de douleur au niveau même de la fosse iliaque droite, mais, quand

(1) GLORGET. — Contribution à l'étude de l'embarras gastrique. Thèse de Paris, 1894-1895, n° 496.

cette douleur existe, c'est au niveau du foie ; nous ne trouvons pas de taches lenticulaires dans l'embarras gastrique, mais, ce qui doit nous guider, c'est l'état fébrile progressif, intense dans la fièvre typhoïde, souvent nul dans l'embarras gastrique.....

Nous voyons donc que, parmi les auteurs qui se sont occupés de la question, la tendance générale est de rapprocher l'embarras gastrique fébrile de la fièvre typhoïde légère, sauf quelques petites réserves.

Si, maintenant, nous passons en revue les opinions professées par les principaux classiques, nous retrouvons toujours les mêmes idées, mais qui se précisent davantage avec une tendance à séparer l'embarras gastrique fébrile de l'embarras gastrique simple.

Ainsi Niemeyer (1), dans son *Traité de Pathologie*, parle des ressemblances qui existent entre les formes fébriles du catarrhe de l'estomac et les formes abortives de la fièvre typhoïde :

Les phénomènes qui accompagnent le catarrhe de l'estomac lié à une fièvre intense et suivant une marche plus longue, devenant par, conséquent, une maladie plus sérieuse, fournissent le tableau de la fièvre gastrique..... Bien des médecins, qui ne voient que des malades d'hôpitaux, comprennent ces formes purement et simplement dans le typhus et les décrivent comme des typhus abortifs.....

M. Bouveret (2), dans son *Traité*, tout en admet-

(1) NIEMEYER. — *Traité de Pathologie interne et de Thérapeutique*, tome I, page 505. Traduction de Cornil.

(2) BOUVERET. — *Traité des maladies de l'estomac*, 1894, p. 384;

tant une analogie entre l'embarras gastrique fébrile et la fièvre typhoïde, est d'avis que certaines formes d'embarras gastriques purs s'en distinguent nettement.

Il est certain que l'analogie est grande entre les symptômes de l'embarras gastrique fébrile et ceux de la forme légère de la fièvre typhoïde. Aussi, depuis longtemps, nombre de cliniciens présumant que l'embarras gastrique fébrile n'est pas autre chose qu'une manifestation atténuée de l'infection éberthienne. On sait qu'un même processus infectieux peut se traduire par des symptômes d'intensité et de gravité fort inégales.....

Il y a des épidémies d'embarras gastriques dans lesquelles aucun cas ne présente jamais les symptômes de la fièvre typhoïde complètement caractérisée. M. Grimshaw (1) et M. Schmidt (2) ont observé des épidémies de ce genre. Ici, l'agent infectieux de la dothiéntérie ne peut être mis en cause.....

MM. Hayem et Lion (3), distinguent également l'embarras gastrique apyrétique de l'embarras gastrique fébrile. Ce dernier peut alors accompagner une grande maladie infectieuse, telle que la fièvre typhoïde. Dans ce cas, ajoutent-ils :

..... L'infection typhique étant légère, abortive, peut ne pas se généraliser à tous les organes. L'embarras gastrique ne serait qu'une infection typhique ne dépassant pas la cavité abdominale.....

(1) GRIMSHAW. — *Dubliner medicinische Journal of medicinische Science*, 1879.

(2) SCHMIDT. — Dissertation inaugurale de Berlin, 1885.

(3) HAYEM et G. LION. — *In* Traité de Médecine de Brouardel et Gilbert, 1885-1888, tome IV, page 398.

M. Laveran (1) sépare nettement l'embarras gastrique pur de l'embarras gastrique fébrile. Le premier aurait une existence propre et se distinguerait, par plusieurs symptômes, du second, que cet auteur rattache complètement à la dothiéntérie sous le nom de « fébricules typhoïdes » :

On peut confondre surtout la fièvre gastrique avec les formes légères de la fièvre typhoïde ou fébricules typhoïdes. Dans ces dernières, malgré le peu d'intensité de la maladie, les symptômes nerveux : faiblesse, prostration, insomnie, céphalalgie, sont beaucoup plus marqués que dans la fièvre gastrique. Les symptômes abdominaux sont différents : au lieu de constipation, on a de la diarrhée, de la douleur dans la fosse iliaque droite, enfin, assez souvent, des taches rosées, qui font toujours défaut dans la fièvre gastrique.....

Il est démontré aujourd'hui que certaines fièvres continues, qui évoluent en 8 à 20 jours, doivent être rapportées à la fièvre typhoïde. On a donné à ces formes légères les noms de fièvres typhoïdes abortives, de *typhus levissimus*, de typhus abortif ou, mieux, de fébricules typhoïdes...

Nous avons fixé plus haut, à 8 ou 10 jours, la durée moyenne des fébricules. Il n'est pas prouvé que des fièvres moins longues encore que ces indispositions légères, qui surviennent souvent chez les nouveau-venus dans les grandes villes, ne soient pas de même nature que la fièvre typhoïde et qu'elles ne puissent pas conférer l'immunité...

M. Dieulafoy (2) émet la même opinion. Après avoir décrit l'embarras gastrique, qui varie depuis de simples troubles dus à un écart de régime jus-

(1) LAVERAN. — Article : Embarras gastrique, *in* Traité de Pathologie médicale de Laveran et Teissier, 1894, tome I, p. 34.

(2) DIEULAFOY. — Article : « Embarras gastrique », Manuel de Pathologie interne, tome III.

qu'à un état fébrile dans lequel les symptômes généraux dominent et où les troubles digestifs ne forment qu'un des coins du tableau, cet auteur reconnaît que, dans certains cas :

... L'embarras gastrique, la fièvre gastrique, surtout dans nos climats, sévissent d'une façon épidémique, sont accompagnés de céphalalie, d'épistaxis, d'insomnie, de troubles intestinaux, de diarrhée, si bien que le diagnostic est fort difficile, au début, entre ces fièvres gastriques et la fièvre typhoïde. Un certain nombre d'auteurs, et je pense comme eux, ont émis l'opinion que ces fièvres gastriques sont des formes légères, atténuées de la fièvre typhoïde. Ce qui le prouverait, c'est qu'elles apparaissent généralement au début des épidémies de fièvre typhoïde, elles en sont l'annonce et la manifestation ébauchée...

M. Renaut (1) admet cette variété des différentes formes de l'embarras gastrique et rapproche la forme grave de la dothiéntérie :

Le terme embarras gastrique est, pour certains auteurs, un terme très compréhensif, qui sert à désigner des états très différents, variant depuis la simple gêne de la digestion avec un état saburral de la langue, jusqu'à un complexe symptomatique très voisin de celui de la fièvre typhoïde...

L'embarras gastrique intense est souvent difficile à différencier de la fièvre typhoïde...

Enfin M. Chantemesse (2) identifie complètement l'embarras gastrique fébrile et la dothiéntérie dont il ne serait qu'une forme atténuée :

(1) RENAUT. — Article : « Embarras gastrique » *In* Manuel de Médecine de Debove et Achard, tome V, page 283

(2) CHANTEMESSE. — Article « Fièvre typhoïde » *in* traité de Médecine de Bouchard et Brissaud, tome II, page 146.

Le *typhus levissimus* (Griesinger), *fièvre typhoïde abortive* (Lebert), *embarras gastrique fébrile* (Kelsch et Kiner (1)), est une des formes fréquentes de l'infection typhique. Elle est caractérisée par la brusquerie des symptômes dans leur début et leur disparition. Rarement précédée de céphalagie depuis la veille, elle débute par des frissons, des douleurs dans les membres, une céphalagie intense, et quelquefois du délire et des bourdonnements d'oreille. Dès le deuxième jour, la température atteint 39° 5 à 40° et le pouls est fréquent, dicrote. Les phénomènes gastriques sont particulièrement développés. La langue est saburrale, la diarrhée de couleur ocreuse. Du septième au quatorzième jour « la maladie tourne court, se comportant à l'égard du tissu abdominal comme la varioloïde à l'égard de la variole » (Jaccoud). Les taches rosées apparaissent avant et quelquefois après la durée de la fièvre.

Au sujet du diagnostic différentiel de la fièvre typhoïde et de l'embarras gastrique, M. Chantemesse (2) reconnaît que la distinction est parfois difficile à établir :

Certaines formes d'embarras gastrique peuvent être confondues avec la fièvre typhoïde. Je ne parle pas des embarras gastriques consécutifs aux indigestions, ni de ceux qui accompagnent les maladies fébriles bien déterminées ; la distinction est facile à faire. Elle l'est moins en ce qui concerne l'embarras gastrique primitif. La dénomination s'applique à plusieurs espèces morbides : l'une qui n'est pas autre chose qu'une fièvre typhoïde abortive, les autres qui résultent d'infections ou d'intoxications d'origine gastro-intestinale. Ces dernières affections ne provoquent ni vertige, ni fièvre prolongée, ni tuméfaction splénique ; elles présentent, au contraire, des douleurs abdominales, des vomissements et de la diarrhée ocreuse...

(1) KELSCH et KIENER. — Traité des maladies des pays chauds.

(2) CHANTEMESSE. — *In loco citato*, tome II, page 172.

Nous voyons donc qu'en général les auteurs séparent l'embarras gastrique simple de l'embarras gastrique fébrile. Le premier aurait une existence clinique propre. Quant à celui-ci ils le rattachent à la forme atténuée due, pour la plupart des cas, à une infection moindre du bacille d'Eberth qui se localiserait dans le tube digestif ou à une virulence plus faible du virus envahisseur.

D'ailleurs cette confusion se comprend aisément quand on examine les symptômes cliniques admis comme caractéristiques de l'embarras gastrique fébrile.

Nous ne parlerons pas ici de l'embarras gastrique pur, qui se rapproche trop d'une simple indigestion pour permettre le doute sur sa véritable nature. De plus, la cause étiologique de cette maladie (excès de régime, etc.) est, la plupart du temps, si nette, si indiscutable, que le clinicien ne songe pas un instant à une infection éberthienne. D'ailleurs la brièveté de l'affection, l'absence de fièvre ou sa chute rapide, dans les cas où elle existe, le peu de gravité des symptômes qui s'amendent d'eux-mêmes ou cèdent au bout d'un ou deux jours à la moindre médication, distinguent suffisamment l'embarras gastrique simple et en font une maladie excessivement bénigne. Aussi avons-nous vu que tous les auteurs sont d'accord sur ce sujet.

Mais il n'en est plus de même pour l'embarras

gastrique fébrile. En effet, si nous examinons les principaux symptômes habituels de cette affection, nous n'en voyons aucun la distinguer nettement de la fièvre typhoïde, soit au début, soit dans le cours de la maladie.

Dans la période de début, l'embarras gastrique fébrile s'annonce par une sensation de malaise, de courbature, de faiblesse généralisée, par de l'inappétence plus ou moins complète, de la pesanteur de la tête ou même de la céphalalgie vraie, une sorte d'état nauséux souvent accompagné de vomissements. Le malade éprouve de la pesanteur au niveau du creux épigastrique; il présente un peu de ballonnement du ventre, de la constipation qui persiste ou bien est suivie de diarrhée. La fièvre est plus ou moins accentuée.

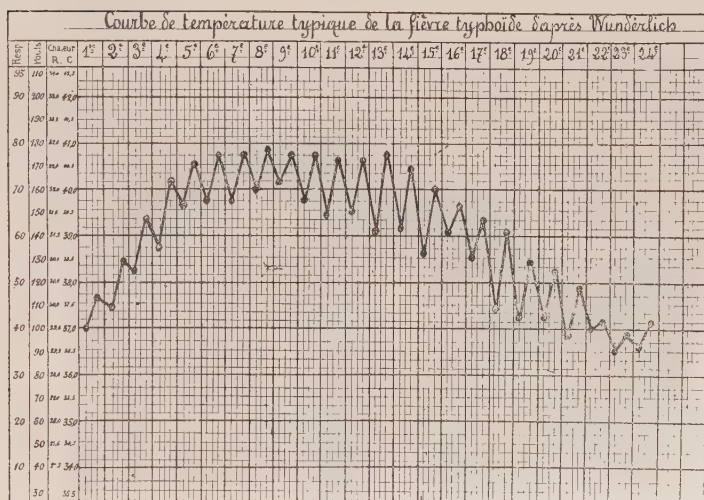
Mais ce sont là des symptômes généraux, vagues, qui se rencontrent aussi bien dans la période d'incubation de la fièvre typhoïde qu'au début de l'embarras gastrique fébrile. Nous n'y voyons rien de caractéristique qui serve à différencier ces deux maladies l'une de l'autre.

Dans la période d'état, l'intensité des phénomènes généraux rapproche beaucoup l'embarras gastrique fébrile de la dothiéntérie. Bernheim, puis Jaccoud ont voulu voir un signe pathognomonique dans la marche de la température.

Tout le monde connaît, en effet, la courbe de température typique de la fièvre typhoïde, d'après Wunderlich, avec un septenaire de marche ascendante, un septenaire de plateau autour de 40 degrés et une

descente en lysis, ainsi que le montre le tracé ci-joint. Dans l'embarras gastrique, la fièvre débiterait brusquement par des frissons violents, pour atteindre 40 à 41 degrés son maximum, en 24 et 36 heures. Puis surviendrait le type remittent avec exaspération vespérale. Enfin la chute serait brusque au bout de 5 à 7 jours.

TRACÉ II



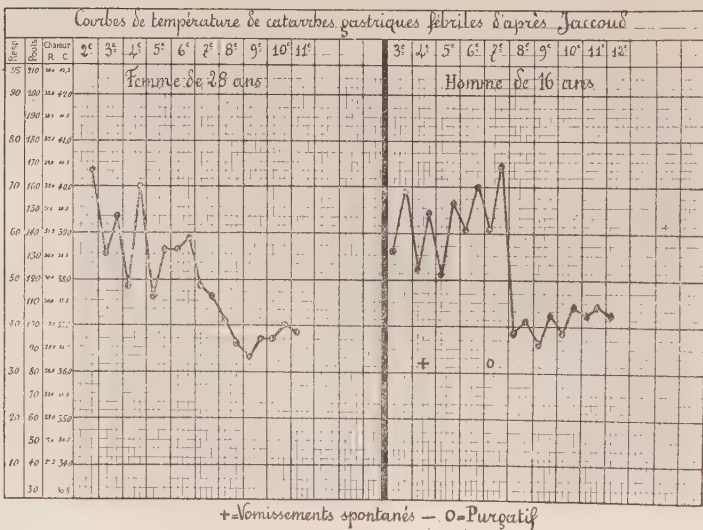
C'est le seul caractère qui, d'après Jaccoud (1), servirait à distinguer ces deux maladies :

En fait, le meilleur caractère différentiel est fourni par la marche de la fièvre; dès le premier ou le second jour du catarrhe, elle atteint un degré thermique supérieur à celui que présente à ce moment la fièvre typhoïde et la rémission mati-

(1) JACCOUD. — *In* Traité de Pathologie interne, 1883, tome II, page 740.

nale, en revanche, est beaucoup plus marquée que dans cette dernière affection. D'un autre côté, la première période du typhus est constituée par une série d'oscillations ascendantes, qui conduisent régulièrement la fièvre à son acmé; il n'y a rien de pareil dans la fièvre du catarrhe, laquelle arrive, dès les premiers jours, à son maximum et présente, en outre, une complète irrégularité, en ce sens, qu'après un jour à exaspération faible ou nulle, on peut voir le lendemain une ascension égale à celle du début; enfin la résolution a lieu par défervescence brusque ou par lysis, et le début de la chute, dans les cas prolongés, est compris entre le cinquième et le septième jour.

TRACÉS III et IV



Nous reproduisons, ci-dessus, deux tracés thermiques que Jaccoud a donnés, à cette occasion, comme types de la marche de la fièvre dans le catarrhe gastrique fébrile.

C'est encore l'opinion de MM. Hayem et Lion (1), quand ils décrivent la courbe thermique de l'embaras gastrique fébrile :

Un bon caractère différentiel est fourni par la marche de la fièvre. Dans l'embaras gastrique, le thermomètre monte rapidement, peut atteindre 39 à 40 degrés dès le premier jour de la maladie, et reste à ce chiffre pendant deux à trois jours et même davantage; la fièvre présente, pendant tout ce temps, un type rémittent très accentué. Dans la dothiéntérie, au contraire, le thermomètre monte lentement, il s'élève d'un seul degré chaque soir et présente une chute constante d'un demi-degré chaque matin, si bien que le chiffre de 39 à 40 degrés, n'est atteint qu'à la fin du quatrième au cinquième jour. Enfin, dans l'embaras gastrique, la défervescence a lieu brusquement ou par lysis et commence à partir du cinquième au septième jour...

Certains auteurs vont même plus loin et soutiennent que toute fièvre qui atteint 40 degrés, le quatrième ou le cinquième jour, est une fièvre typhoïde et que toute fièvre qui s'élève à ce degré, le premier ou le second jour, n'est pas une dothiéntérie. C'est ce que l'on a énoncé dans les deux lois suivantes :

Une maladie qui, au second jour, présente une température voisine de 40 degrés, n'est pas une fièvre typhoïde.

Une maladie qui, après le soir du quatrième jour, ne présente pas une température supérieure à 39 degrés, n'est pas une fièvre typhoïde.

Il semble donc que l'embaras gastrique fébrile se distingue de la fièvre typhoïde au moins par l'inva-

(1) HAYEM et LION. — Article « : Embaras gastrique », in *Traité de Médecine de Brouardel et Gilbert*, tome IV, page 398.

sion et l'évolution de la fièvre Mais un examen un peu attentif montre qu'il n'en est rien.

D'abord la loi précédente sur le début de la courbe thermométrique est beaucoup trop rigoureuse. Il est souvent difficile et même impossible d'établir le jour exact où a commencé la maladie. De plus, les exceptions sont si nombreuses que l'on ne peut donner à ce signe différentiel toute la valeur que pensaient lui accorder ceux qui l'ont découvert.

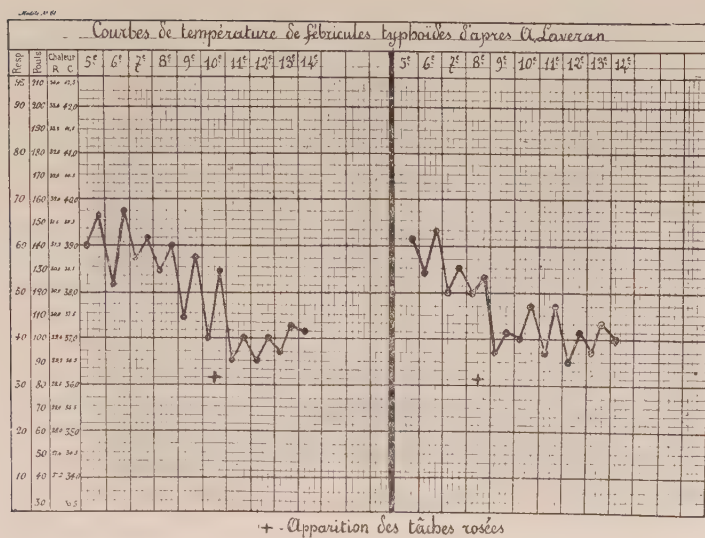
La meilleure raison en est que M. Jaccoud lui-même (1) a modifié son opinion à ce sujet, comme il le dit en parlant des lois que nous avons citées plus haut :

Eh bien ! Messieurs, je vous l'affirme, si vous croyez à ces lois, si, comme je l'ai fait moi-même à une époque où je n'avais pas encore un nombre suffisant d'observations personnelles, vous considérez le fait du maximum graduel différé jusqu'au septième jour comme un fait constant, vous serez exposés à de nombreuses et graves erreurs.

Quant à la marche de la température, la faible durée de la fièvre, la descente plus ou moins rapide, se voient aussi dans certaines fièvres typhoïdes. Nous en donnons comme preuves les deux tracés ci-contre que nous reproduisons d'après M. Laveran. La ressemblance est à peu près complète avec les courbes thermiques des embarras gastriques fébriles que nous avons donnés plus haut, d'après M. Jaccoud.

(1) JACCOUD. — Leçons de clinique médicale, 1885, page 519.

TRACÉS V et VI



Ce rapprochement que nous établissons entre les courbes thermométriques dans les fébricules typhoïdes et dans les embarras gastriques fébriles, subsiste encore si l'on examine le moment où la fièvre atteint son maximum. M. Jaccoud (1) avait déjà fait ressortir qu'il existe un rapport entre les dates de ce maximum et la durée de la température dans les cas de guérison des fièvres typhoïdes légères. En effet, en parlant de quelques cas à terminaison heureuse, il s'exprime ainsi :

(1) JACCOUD. — Leçons de clinique médicale, 1885, page 534.

Ces cas de guérison sont au nombre de 84; sur ce total 31 cas ont duré de 12 à 15 jours et, sur ces 31 cas à durée courte, 18 fois le maximum s'est montré du troisième au cinquième jour; 9 fois au sixième et au septième jour.

Donc, dans les cas qui guérissent, *il y a un certain rapport direct entre la précocité du maximum et la brièveté de la maladie.*

Dans les 53 cas restants, 22 ont une durée supérieure à 21 jours, allant de 22 à 57 jours; sur ces 22 cas à durée longue, onze fois le maximum s'est montré après le septième jour, du huitième au douzième.

Donc *il y a un certain rapport direct entre le maximum tardif et la longueur de la maladie.*

Vous saisissez tout l'intérêt de ces notions nouvelles au point de vue du pronostic.

Par conséquent, dans les fébricules typhoïdes, plus le maximum se montre de bonne heure, plus la guérison est rapide.

Mais voici, à côté, une maladie qui présente les mêmes symptômes, une courbe de température analogue, et n'en diffère à peine que par son maximum très précoce et sa brièveté plus courte. Pourquoi ne pas admettre dans cette différence minime, si toutefois elle existe, une preuve nouvelle de l'identité de nature de ces deux maladies? Le rapport de M. Jaccoud, établi pour les fièvres typhoïdes légères, s'exagère dans les fébricules typhoïdes et atteint son summum dans l'embarras gastrique fébrile. Cette dernière maladie, ne différant parfois de celles-là que par son maximum plus précoce et sa durée plus courte, se conforme donc à la règle de M. Jaccoud et montre, dans ses caractères différents eux-mêmes, un nouveau point de similitude

avec les diverses formes de l'infection éberthienne.

Notons enfin que le moment où le clinicien voit le malade pour la première fois varie d'ordinaire du cinquième au dixième jour. Il ne peut donc étudier la marche de la fièvre depuis le début, puisque celle-ci est en pleine évolution.

L'absence des taches rosées a-t-elle plus de valeur ? Ce symptôme n'a pas non plus une importance aussi considérable qu'on pourrait le croire, car, parfois, malgré une recherche soigneuse et répétée, cette absence est notée dans les formes les plus avérées de la dothiéntérie. Mais, même dans les maladies où les taches rosées apparaissent, la confusion entre l'embarras gastrique et la fébricule typhoïde est possible au début, comme le dit M. Jaccoud lui-même (1).

... Le catarrhe gastrique peut être confondu avec la fièvre typhoïde et l'erreur dans un sens ou dans l'autre est fréquemment commise. On conseille, pour l'éviter, de *tenir compte de l'éruption rosée*, du gonflement de la rate et du catarrhe bronchique propres au typhus abdominal. Ces signes différentiels sont, sans nul doute, excellents, mais, dans l'espèce, ils équivalent à une fin de non-recevoir, car ils n'apparaissent que vers la fin du premier septenaire et, à ce moment, le diagnostic surgit forcément de la guérison ou de la persistance de la maladie.

C'est la remarque que nous pouvons faire en examinant les tracés de fébricules typhoïdes de M.

(1) JACCOUD. — Traité de Pathologie interne, 1883, tome II, page 740.

Laveran, où nous ne voyons apparaître les taches rosées que le dernier jour de la maladie.

Que reste-t-il donc pour faire le diagnostic d'embarras gastrique fébrile ? Nous avons vu qu'il n'y a pas de signe réellement pathognomonique de cette affection, et qu'elle ne peut se différencier de la typhoïdette. Les seuls signes qui sembleraient établir cette distinction, l'ascension et la chute brusque de la température, la guérison rapide, l'absence des taches rosées, se rencontrent dans l'une et l'autre maladie.

Nous ne pouvons donc résumer d'une façon plus nette tout ce que nous venons de dire sur la nature et le diagnostic de l'embarras gastrique, qu'en reproduisant l'appréciation de M. Mathieu (1) :

En réalité, l'embarras gastrique n'est pas une entité morbide, ce n'est qu'un complexe symptomatique, tantôt fébrile, tantôt apyrétique.

L'embarras gastrique fébrile n'est donc pas une maladie distincte et, sous ce même nom, ou sous des dénominations synonymes, on a certainement décrit des infections de nature diverse que rapprochent leur bénignité et les analogies de leurs symptômes. Il ne paraît pas y avoir de limite entre l'embarras gastrique fébrile et la fièvre typhoïde dans ses formes légères. Certains embarras gastriques ne sont que des fièvres typhoïdes bénignes, de rapide évolution. On voit, du reste, l'embarras gastrique fébrile se montrer au début ou au cours des épidémies de fièvre typhoïde.

Toutefois l'embarras gastrique fébrile n'est pas toujours l'expression atténuée de l'infection typhique...

(1) MATHIEU. — Article : « Embarras gastrique », *in* Traité de Médecine de Bouchard et Brissaud, tome IV, page 236.

En somme, le fonds commun de tous les états réunis sous la dénomination d'embarras gastrique, c'est une intoxication qui se traduit par un complexe symptomatique analogue.

2^o ETUDE SÉRO-DIAGNOSTIQUE DE L'EMBARRAS GASTRIQUE

Puisque l'étude des symptômes cliniques de l'embarras gastrique fébrile n'en découvre aucun de réellement pathognomonique, nous allons nous adresser à la séro-réaction de Widal et voir si elle nous permettra de distinguer cette maladie de la fièvre typhoïde, ou si elle nous montrera, au contraire, une fois de plus, l'identité de nature de ces deux affections.

En effet, dès la communication de M. Widal, à la Société Médicale des Hôpitaux, sur le séro-diagnostic, les auteurs, qui se sont occupés de la question ont essayé de l'appliquer au diagnostic et à la différenciation de l'embarras gastrique.

Nous allons passer en revue les principales études, dans lesquelles sont étudiés les résultats du séro-diagnostic dans l'embarras gastrique. Nous en reproduisons ci-après les passages intéressants en groupant ensemble les auteurs qui ont obtenu des résultats positifs et ceux qui, au contraire, ont vu, dans les réponses négatives que leur donnait la séro-réaction, un moyen de différenciation d'avec l'infection éberthienne.

Un des premiers, M. Haushalter (1) s'est adonné à ces recherches. Mais ses résultats, tantôt positifs, tantôt négatifs, l'empêchent d'en tirer une conclusion nette :

.....Sur huit cas, chez des enfants issus de quartiers infectés par la fièvre typhoïde et présentant des phénomènes qu'on peut rattacher à la typhoïdette ou à l'embarras gastro-intestinal aigu, l'épreuve du séro-diagnostic fut cinq fois positive ; dans ces cinq cas, la recherche fut pratiquée un peu avant la défervescence qui se fit du 6^e au 9^e jour ; un de ces cas est particulièrement intéressant, parce que l'agglutinement, constaté deux jours après le début exact de la maladie, ne s'observa plus ni au 8^e ni au 12^e jour de la maladie, après 2 et 6 jours d'apyrexie. Dans trois cas où la maladie dura trois, cinq et sept jours, l'épreuve du séro-diagnostic, faite au moment de la défervescence, fut négative. Faut-il en conclure que, dans la première série, il s'agissait de typhoïdettes et, dans la seconde, d'infections gastro-intestinales non éberthiennes, ou bien doit-on penser que la réaction de l'agglutinement ne se produit pas dans les mêmes conditions d'expérimentation pour les cas très légers et pour les cas moyens, les taches manquant de part et d'autre ?

Le cas cité plus haut où la réaction se montra au début d'une typhoïdette, pour disparaître pendant la convalescence, peut permettre de supposer que le pouvoir agglutinant du sérum, n'a pas la même durée dans les cas abortifs et dans les formes avérées ; aussi, dans deux autres faits, considérés par nous comme fébricules, et où l'expérience du séro-diagnostic, faite pour la première fois quatre et sept jours après la défervescence, fut négative, nous ne croyons pas que l'absence d'agglutinement, observée à cette période, nous autorise, en l'état actuel de la question, à conclure qu'il ne s'agissait pas d'une infection typhique.

(1) HAUSHALTER. — Le séro-diagnostic dans la fièvre typhoïde, *Presse Médicale*, 30 septembre 1896.

Ainsi M. Haushalter regarde les embarras gastriques fébriles, à séro-diagnostic positif, comme dus réellement au bacille d'Eberth, et la réponse négative de cette réaction ne lui paraît même pas suffisante pour lui faire attribuer l'affection à une cause différente. Nous verrons plus tard combien nous nous rapprochons de cette opinion.

M. Catrin (1) est arrivé aux mêmes conclusions et rattache les embarras gastriques fébriles à séro-réaction positive à la dothiéntérie :

..... Quarante-huit hommes sont entrés dans le service, du 28 juillet au 28 septembre, avec un diagnostic permettant de soupçonner la nature typhoïdique de leur affection... J'ai donc reçu 33 embarras gastriques fébriles, 9 embarras gastriques, 4 fièvres continues, 1 courbature fébrile et 1 pneumonie, fièvre typhoïde dans laquelle les symptômes thoraciques avaient une intensité telle qu'il était facile, vu l'invasion récente, de la confondre avec une pneumonie.

Sur ces 48 malades, 36 ont eu la fièvre typhoïde. Sur les 33 embarras gastriques fébriles, 9 seulement n'ont pas eu la dothiéntérie; sur les 9 embarras gastriques, deux restèrent indemnes; enfin sur les 4 fièvres continues, une seule échappa à l'infection éberthienne.....

D'autre part, dans 12 cas (9 embarras gastriques fébriles, 2 embarras gastriques, 1 fièvre continue), je n'ai pas obtenu la réaction caractéristique, et la courte durée du cycle fébrile, la symptomatologie, la brièveté de l'affection et de la convalescence ont démontré l'exactitude du séro-diagnostic.

Par conséquent, pour M. Catrin la séro-réaction positive est bien la signature de l'infection éber-

(1) CATRIN. — Séro-diagnostic et séro-pronostic de la fièvre typhoïde. *Société Médicale des Hôpitaux*, séance du 16 octobre 1896.

thienne, quelle que soit l'appellation que l'on ait attribuée à la maladie. D'un autre côté, une réponse négative doit faire rejeter une pareille cause étiologique. Pour mettre davantage ce point en évidence il cite l'observation suivante :

Le nommé C..., 23 ans, entre, le 28 juillet 1896, à l'hôpital pour embarras gastrique fébrile; la température varie pendant quatre jours entre 38° et 39°5 (atteint une seule fois, le 29), puis redescend rapidement et est normale à partir du 1^{er} août. *Le séro-diagnostic est négatif* et l'on transporte C... de la salle spéciale des typhoïdiques dans la salle commune voisine, où il reste apyrétique jusqu'au 12 août.

A cette époque C... se plaint de céphalée, de vertiges; la température s'élève, puis se déroulent tous les symptômes d'une fièvre typhoïde légère : courbature générale, céphalée, épistaxis, taches rosées, douleur iliaque droite, etc. Au sixième jour, le séro-diagnostic donne un résultat positif; je ne l'avais pas fait plus tôt, croyant à une indisposition analogue à la première.

Nous avons donc affaire à un cas de contagion de fièvre typhoïde bien caractéristique, avec une incubation de douze à quatorze jours. Comme il arrive assez fréquemment, dans ces cas de dothiéntérie contractée par contagion, la maladie a été légère, n'a duré qu'une quinzaine, mais a eu une convalescence différent essentiellement de celle de l'embarras gastrique primitif.

M. Weinberg (1) se range à la même opinion et reconnaît l'analogie qui existe à ce point de vue entre certains embarras gastriques fébriles et la fièvre typhoïde :

(1) WEINBERG. — Quelques faits de séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. *Presse Médicale*, 19 décembre 1896.

... Au cours d'une épidémie, on est toujours porté à classer certains cas d'embarras gastriques comme fièvres typhoïdes. Le séro-diagnostic est, dans ces cas, précieux, comme on l'a déjà bien des fois constaté. Pour notre part, nous avons pu déceler trois cas d'embarras gastrique envoyés à l'hôpital comme typhiques.

Notons ici un cas que nous avons été tenté de classer parmi les embarras gastriques. Le sang d'un nègre, envoyé à l'hôpital avec le diagnostic d'embarras gastrique fébrile, nous a donné la réaction nette, mais légère (petits amas), les deux premiers jours de sa maladie, avec un échantillon de bacille d'Eberth, tandis qu'il n'a rien donné avec un deuxième échantillon. Nous l'aurions d'autant mieux classé parmi les embarras gastriques, qu'à partir du troisième jour, le sang ne donnait plus du tout la réaction, même avec le premier échantillon du bacille d'Eberth et que, chez deux autres malades atteints de formes légères et presque apyrétiques, nous avons constaté le phénomène d'agglutination pendant toute leur convalescence...

D'autre part, un certain nombre d'auteurs ont surtout insisté sur les réponses négatives obtenues dans l'embarras gastrique et en ont fait un signe clinique important qui, seul, permet parfois d'établir la nature réelle de l'affection dont on s'occupe.

Ainsi M. Widal (1), le jour même de sa première communication sur le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde, s'exprime ainsi :

J'ai naturellement cherché si le sérum des personnes.... atteintes d'affections autres que la fièvre typhoïde possédait les mêmes propriétés agglutinantes vis-à-vis le bacille d'Eberth.

... Mes recherches ont porté... sur 14 malades atteints d'affections diverses, telles que... embarras gastriques... Le bacille d'Eberth s'est montré constamment insensible au sérum

(1) WIDAL. — Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. *Société Médicale des Hôpitaux*, séance du 26 juin 1896.

de ces sujets et toujours est resté, sous le microscope, isolé et mobile. Il a pu se présenter parfois par groupes de quelques éléments, jamais sous forme d'amas caractéristiques...

Peu de temps après, M. Rendu (1) a rapporté une observation où le séro-diagnostic lui a permis d'écarter le diagnostic de fièvre typhoïde, malgré la grande analogie des symptômes présents avec ceux de cette maladie. Après avoir décrit les caractères de cette affection, il ajoute :

Ce tableau clinique était de tous points celui d'une fièvre typhoïde, à cela près qu'il manquait un symptôme important : la présence des taches rosées lenticulaires, qui, au onzième jour d'une dothiéntérie, auraient dû être en pleine efflorescence.

De plus, les symptômes usuels de la diarrhée typhique faisaient défaut et étaient remplacés par la constipation; enfin, dans les premières phases de la maladie, nous ne relevons pas d'épistaxis.

Malgré ces anomalies, l'aspect général de la maladie était si semblable à celui d'une typhoïde, avec le gargouillement abdominal, l'hypertrophie de la rate, les râles diffus pulmonaires et l'albuminurie, que je crus devoir porter le diagnostic de fièvre typhoïde et soumettre le malade à la médication par les bains froids...

La convalescence a commencé le 29 juin...

Or, dès le 28 juin, l'examen de Pfeiffer et Kohl nous avait appris que nous n'avions pas affaire à une vraie typhoïde, mais à une maladie infectieuse de nature différente, n'ayant pas la spécificité de la dothiéntérie...

Dans ce cas, le diagnostic était douteux, car les symptômes généraux faisaient plutôt pencher vers une fièvre continue. Or, le résultat négatif de la culture du sérum dans le tube de

(1) RENDU. — Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. *Société Médicale des Hôpitaux*, séance du 3 juillet 1896.

bouillon de bacille d'Eberth a tranché absolument la question clinique : il ne s'agissait pas d'une fièvre typhoïde. L'évolution ultérieure de la convalescence, chez cette femme, a confirmé absolument cette conclusion, et j'ai pu, sans arrière pensée, prescrire à la malade des aliments solides à une période où il eût été imprudent de le faire, si le diagnostic avait dû se baser exclusivement sur l'analyse des symptômes fonctionnels.

M. Lemoine (1) a également pu séparer, dans une épidémie, par ce moyen, les infections non éberthiennes des typhoïdettes :

J'ai été à même d'étudier, il y a quelques jours, une petite épidémie de typhoïdettes et d'embarras gastriques. L'épreuve du séro diagnostique me fut, dans ces circonstances, d'une utilité incontestable. Voici d'ailleurs, les faits :

1^o Trois malades atteints de typhoïdette, et chez lesquels la clinique et le séro-diagnostic permirent d'affirmer l'infection éberthienne.

2^o Sept malades atteints d'embarras gastriques fébriles. Parmi ces derniers, un seul simula, par quelques symptômes, une dothiéntérie légère ; chez lui, l'épreuve du séro-diagnostic fut affirmative et, de fait, une convalescence longue et pénible montra que, réellement, le bacille d'Eberth était la cause de cette pyrexie. Les six autres cas se comportèrent comme de simples embarras gastriques et l'épreuve du séro-diagnostic fut négative.

Voici donc des malades chez qui le séro-diagnostic, confirmant les résultats de l'examen clinique, permit de spécifier nettement de quelle infection il s'agissait et quel était l'agent pathogène.

(1) LEMOINE. — Le séro-diagnostic dans les fièvres typhoïdes légères, abortives et dans les embarras gastriques fébriles. *Société Médicale des Hôpitaux*. Séance du 24 et du 31 juillet 1896.

Quelque temps après, M. Lemoine revient sur ce sujet et donne le résumé de ses observations. Les trois cas de typhoïdettes présentaient bien, en effet, le tableau complet, mais atténué, de la fièvre typhoïde, y comprises les taches rosées. Quant aux cas d'embarras gastriques fébriles, l'un d'eux fut bien provoqué par le bacille d'Eberth; les autres forment une;

Série de six embarras gastriques, arrivés à l'hôpital dans le même temps et ayant présenté des signes d'embarras gastrique avec vertiges, insomnie et une fièvre d'une durée de 24 à 48 heures, ayant atteint de 38 à 39 degrés. Il n'y a pas eu d'épistaxis, pas de symptômes albuminoïdes, pas de taches rosées.

Le sérum de ces malades n'a donné aucune réaction; il a été essayé le premier et le troisième jour du séjour à l'hôpital, ce qui fait le quatrième et le sixième jours à peu près de la maladie. Ce sérum, repris douze jours après la chute de la température, n'a pas semblé modifié dans ses qualités négatives vis-à-vis le bacille d'Eberth...

M. Lyman-Creene (1) reconnaît, lui aussi, la valeur du séro-diagnostic qui permettrait, selon lui, de distinguer l'embarras gastrique. En effet, après avoir examiné 17 cas de fièvre typhoïde où la séro-réaction a été présente, 16 cas de maladies diverses où elle a été absente, il cite deux cas de gastro-entérite où le séro-diagnostic est négatif.

(1) LYMAN CREENE.— Le séro-diagnostic de Widal et la possibilité de son emploi sans le secours du microscope. *Medical Record*, 5 décembre 1896, page 205.

OBSERVATIONS 34.

GASTRO-ENTÉRITE. — SÉRO-DIAGNOSTIC ET RÉACTION NÉGATIFS

Durée de la maladie : 5 jours.

Prodromes pendant 10 jours environ.

La diarrhée donna au début de la maladie l'allure d'une fièvre typhoïde.

Température : 39°4 à 40° degrés; revient à la normale en trois jours.

Rate non perceptible.

OBSERVATION 35

GASTRO-ENTÉRITE. — DIAZO-RÉACTION ET SÉRO-DIAGNOSTIC NÉGATIFS

Durée de la maladie : 5 jours.

Température = 37°8.

Rate non palpable.

M. Achard (1) a également obtenu un bon résultat dans un cas douteux, où, sans la séro-réaction, le diagnostic n'eût pu être établi qu'après l'évolution complète de la maladie. Après avoir décrit les symptômes qu'il a examinés, il ajoute :

Voilà un ensemble de symptômes qui autorise l'hésitation. Sans doute on ne trouve pas le tableau de la fièvre typhoïde au complet : il n'y a pas de diarrhée, pas de râles dans la poitrine et pas de taches rosées. Mais il est certain que, pen-

(1) ACHARD. — Sur le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. *Société Médicale des Hôpitaux*, séance du 24 juillet 1896.

dant au moins deux à trois jours, il était impossible de rejeter absolument l'idée d'une fièvre typhoïde au début. *Or l'examen du sang pratiqué dès le premier jour et plusieurs fois renouvelé depuis, a montré que le sérum ne provoquait pas l'agglutination du bacille d'Eberth, qu'il ne s'agissait pas, par conséquent, d'une fièvre typhoïde.* Quelques jours plus tard, l'évolution clinique a bien confirmé ce résultat. La torpeur intellectuelle a complètement cessé ; le sommeil est redevenu tranquille ; la céphalalgie a disparu ; la tuméfaction splénique a rétrogradé ; la fièvre, il est vrai, persiste ; néanmoins, la courbe de température, présentant des oscillations de 37°5 à 39 degrés en moyenne, ne figure pas le cycle thermique de la fièvre typhoïde régulière. On doit donc conclure, de par la clinique, que nous sommes en présence d'un de ces états mal déterminés, quant à leur nature, rangés, faute de mieux, sous la rubrique d'embarras gastrique fébrile, mais qu'en tous cas il ne s'agit pas de fièvre typhoïde. Il n'en est pas moins vrai que les résultats du diagnostic par l'observation clinique ont été ici devancés par les résultats du diagnostic par le sérum, alors que précisément, dans le même temps et de la même manière, M. Widal était amené à une conclusion identique pour le frère de notre jeune malade.

M. Widal (1), en effet, expose ensuite de quelle façon il a eu recours au séro-diagnostic dans un cas analogue au précédent, et comment il a pu découvrir la nature réelle de l'affection :

J'ai examiné onze malades entrant à l'hôpital avec de la fièvre et avec un état général tel que le diagnostic pouvait être hésitant entre un embarras gastrique et une dothiéntérie commençante. Dans tous ces cas, l'examen répété du sang est toujours resté négatif. Chez la plupart de ces malades, la défervescence s'est faite rapidement et la justesse de l'indication fournie par la méthode s'est trouvée réalisée.

(1) WIDAL. — Sur le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. *Société Médicale des Hôpitaux*, séance du 24 juillet 1896.

Dans un cas, la fièvre s'est prolongée et, sans le séro-diagnostic, il eût été impossible pendant quelques jours, de prononcer entre une typhoïdette et un embarras gastrique fébrile. Pendant quelques jours, le diagnostic clinique eût penché vers une typhoïdette, d'autant plus qu'une sœur du malade était entrée à l'hôpital le même jour, pour des symptômes du même ordre, dans le service de M. Achard, qui vient de vous rapporter son histoire. *L'examen du sérum, pratiqué 13 jours de suite, est resté constamment négatif.* Pour contrôler dans ce cas si douteux la valeur du séro-diagnostic, j'ai ensemencé une goutte de sang retiré de la rate et *n'ai obtenu que des cultures de staphylocoques blancs* ; il ne s'agissait donc pas de dothiéntérie.

Dans les formes peu intenses de la fièvre typhoïde, le phénomène peut également être mis en évidence. Chez un malade de M. Fernet, ne présentant que des symptômes atténués... l'agglomération des bacilles d'Eberth par le sérum était très manifeste.

Ces faits montrent que le séro-diagnostic peut servir à différencier les typhoïdettes des maladies dites embarras gastriques fébriles ».

Cette observation de M. Widal est d'autant plus intéressante que cet auteur a contrôlé expérimentalement les résultats qu'il avait obtenus et a montré, d'une façon indiscutable, la nature réelle de l'affection, puisque l'ensemencement d'une goutte de sang a donné une culture de staphylocoques blancs et non de bacilles d'Eberth, comme cela aurait dû se produire s'il s'était agi d'une fièvre typhoïde larvée.

M. Vedel (1) a voulu faire la même constatation du bacille, cause réelle de l'infection. Il a trouvé,

(1) WEDEL. — Du séro-diagnostic de Widal. Troisième Congrès de médecine interne de Nancy, séance du 6 août 1896.

non du staphylocoque blanc, mais du coli-bacille. Voici, d'ailleurs, le passage qui nous intéresse de sa communication à ce sujet :

Nous avons fait avec M. le professeur agrégé Bosc, en employant la méthode du séro-diagnostic de la fièvre typhoïde préconisée par M. Widal, quelques constatations que nous venons présenter aux membres du Congrès.

... Il s'agit d'un malade qui présente, dès le cinquième jour, le tableau complet de l'infection typhique. Le sérum de ce malade essayé à maintes reprises les cinquième, huitième et onzième jours, ne donne pas d'agglutination, immédiate ou éloignée ; en lamelles ou sur bouillon, avec le bacille d'Eberth, à peine observe-t-on quelques rares groupements restreints, que nous savons ne pas être caractéristiques.

Avec le coli-bacille, au contraire, l'agglutination à chaque examen est immédiate et des plus nettes.

Ce résultat inattendu devait nous faire penser que nous n'avions pas affaire à une infection éberthienne, et, de fait, la défervescence thermique au dixième jour, la disparition des troubles généraux et l'absence de taches rosées nous indiquaient nettement, malgré les apparences cliniques du début, que notre malade n'était pas un typhique ».

Tel est à peu près l'état actuel de la discussion sur les rapports du séro-diagnostic avec l'embarras gastrique, dans la littérature médicale française.

Nous voyons que les auteurs peuvent, à ce point de vue, se grouper en deux catégories principales :

Les uns ont obtenu des résultats positifs et admettent l'existence d'embarras gastriques fébriles dus au bacille d'Eberth.

Les autres se fondent sur les résultats négatifs, qu'ils ont obtenus, pour voir dans l'absence de la séro-réaction un symptôme différentiel de l'embar-

ras gastrique, tous les cas à séro-diagnostic positif devant être rattachés à la dothiéntérie.

Parmi ces derniers, deux auteurs ont pu vérifier, par un examen bactériologique, la réponse du séro-diagnostic et ont pu se convaincre de sa valeur. Il faudrait, en effet, pour conclure d'une façon absolue, de l'absence de la séro-réaction à la nature non éberthienne de la maladie qu'on étudie, avoir recours, chaque fois, à une pareille vérification expérimentale. Malheureusement, ce procédé serait un peu long, ce qui enlèverait une grande partie de sa valeur au séro-diagnostic, puisque ce dernier est surtout utile au début de la maladie.

RÉSUMÉ.

Si, maintenant, nous essayons de résumer, en les groupant, les opinions des auteurs qui se sont occupés de l'embarras gastrique dans ses relations avec la fièvre typhoïde et le séro-diagnostic de Widal, nous voyons qu'elles peuvent rentrer dans deux catégories principales :

Pour les uns, *unicistes*, l'embarras gastrique et la fièvre typhoïde ne sont que deux modalités d'une même entité morbide, dans sa forme la plus atténuée pour la première, dans sa forme complètement développée pour la dernière.

Pour les autres, *séparatistes*, il faut séparer ces deux affections l'une de l'autre et en faire deux

maladies distinctes, ayant droit toutes les deux à une existence clinique propre.

Ceux-ci s'appuient sur trois ordres d'arguments tirés de: la clinique, l'épidémiologie, l'examen bactériologique et le séro-diagnostic.

1^o *Clinique*. — Les auteurs se sont appuyés, dans cet ordre d'idées, sur ce que, dans l'embarras gastrique, les symptômes présentent moins de gravité, la température monte brusquement à son maximum pour tomber en quelques jours à l'apyrexie complète, les taches rosées sont absentes, etc. (Glorget).

Mais nous avons vu que cette distinction est subtile car la limite entre une fièvre typhoïde légère et un embarras gastrique fébrile est impossible à établir; la courbe de température est presque identique dans les cas limites de ces deux affections; les taches rosées peuvent manquer même dans les formes avérées de la fièvre typhoïde. Il n'y a donc pas, en clinique, de signe pathognomonique de l'embarras gastrique.

2^o *Epidémiologie*. — On a voulu voir dans l'apparition de véritables épidémies d'embarras gastriques, tous semblables entre eux, une preuve de l'existence à part de cette maladie.

Mais, en réalité, ces épidémies sont rarement isolées. Elles accompagnent ou précèdent presque constamment une épidémie de fièvre typhoïde (Kelsch et Kiener-Courtet). De plus, on a recherché l'étiologie de cette épidémie (Courtet-Chantemesse),

et toujours on a trouvé l'eau comme cause occasionnelle, de même que pour la fièvre typhoïde.

Cependant, M. Bouveret admet (après MM. Grimshaw et Schmidt) l'existence d'épidémies d'embarras gastriques, dans lesquelles le bacille d'Eberth ne peut, en aucune façon, être mis en cause. Mais il n'en donne pas l'explication étiologique.

3^o *Examen bactériologique et séro-diagnostic.* — Quant à l'examen bactériologique, la ponction de la rate a été pratiquée par plusieurs auteurs (Courtet, Chantemesse, Glorget). Mais le sang s'est toujours montré stérile. Or, on ne peut fonder une opinion sur un simple résultat négatif. En effet, cela n'a pas empêché les deux premiers auteurs de rattacher l'embarras gastrique à la fièvre typhoïde.

C'est alors qu'intervient le séro-diagnostic, vérifié ou non par un examen bactériologique. D'après cet ordre d'arguments, les faits peuvent se résoudre en trois catégories :

a). — Le séro-diagnostic est positif. — Ce résultat a donné naissance lui-même à deux écoles différentes :

Pour les uns, ces maladies sont des typhoïdettes et rentrent dans le cadre de la grande pyrexie éberthienne. Il faut donc l'enlever du groupe des embarras gastriques. Ces auteurs sont les plus nombreux.

Pour les autres, ce sont des embarras gastriques dus au bacille d'Eberth, mais qu'il ne faut pas confondre, malgré cela, avec la fièvre typhoïde.

Mais pour ces derniers, une nouvelle question se

pose : N'y a-t-il que des embarras gastriques à bacille d'Eberth? Evidemment, non.

b). — Le séro-diagnostic est négatif et l'examen bactériologique vient confirmer cette réponse. — On trouve alors un autre microbe tel que le staphylocoque blanc (Widal) ou le *bacillus coli* (Wedel). Il ne s'agit donc pas réellement ici d'une fièvre typhoïde ni d'une maladie due à une infection éberthienne.

c). — Le séro-diagnostic est négatif ; mais il n'y a pas eu d'examen bactériologique. — Par conséquent, le doute persiste sur la nature réelle de la maladie. La plupart des auteurs (Rendu, Achard, etc.) séparent nettement ces cas des typhoïdettes ou des embarras gastriques à bacille d'Eberth.

Pour nous, cette dernière conclusion n'est valable que si on fait très souvent la recherche du séro-diagnostic. Nous allons voir dans le paragraphe suivant les raisons qui nous font soutenir cette théorie.

3° NOS RÉSULTATS PERSONNELS

Telles sont à peu près les données déjà acquises par le séro-diagnostic dans l'embarras gastrique fébrile.

Nous allons, maintenant, exposer nos résultats personnels et voir s'ils concordent avec les précédents et quelle idée nouvelle nous avons pensé pouvoir en tirer.

Nous avons réuni une série de 29 observations.

Ce sont des cas où, soit le jour de l'entrée, soit quelque temps après, le diagnostic hésitait entre une fièvre typhoïde et un embarras gastrique. On a eu alors recours au séro-diagnostic pour l'établir.

Nous allons étudier séparément les cas à séro-diagnostic positif et les cas à séro-diagnostic négatif.

I. — Remarquons que, dans neuf cas, la réponse a été affirmative. Nous donnons, ci-dessous, les observations complètes de ces neuf cas, en les accompagnant des remarques que nous aura suggérées l'examen de ces malades.

OBSERVATION CXXXIV

TYPHOÏDETTE. — SÉRO-DIAGNOSTIC POSITIF

C..., A...

Entrée le 16 juin 1898.

16 juin. — La maladie date de trois jours.

Actuellement (3^e jour) :

La malade présente tous les symptômes classiques.

Cependant il n'y a pas de taches rosées.

On remarque peu de symptômes abdominaux.

On ordonne des bains froids.

21 juin. -- La malade voyage en chemin de fer (8^e jour) de Vichy à Lyon.

On remarque une forte chute thermique.

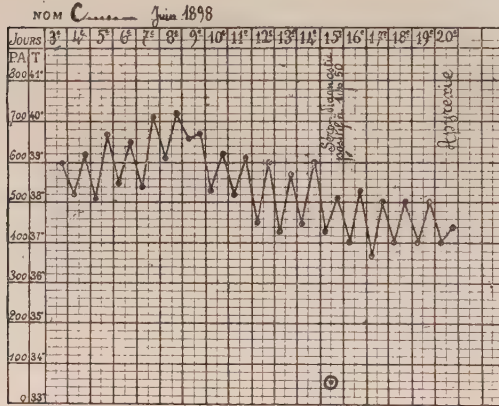
28 juin. — Aujourd'hui (18^e jour), où on prend du sang, la malade peut être considérée comme guérie, bien que la température atteigne 38 degrés le soir.

La gravité de la maladie est bénigne.

Il n'y a aucune suite.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 15^e jour.

TRACÉ VII



A 1 pour 10 : il y a des amas.

A 1 — 50 : il y a des amas et des bacilles mobiles nombreux.

7 juillet. — La maladie a duré 20 jours.

OBSERVATION CXXXV

TYPHOÏDETTE. — SÉRO-DIAGNOSTIC FAIBLEMENT POSITIF

C..., J...

Début le 20 juin 1898.

20 juin. — L'affection débute aujourd'hui même.

La malade présente peu de signes.

Il n'y a pas de taches rosées.

On trouve très peu de symptômes généraux.

On ne pense à la dothiéntérie qu'à cause de la maladie de sa sœur.

5 juillet. — Le **séro-diagnostic** est *faiblement positif* le 15^e jour.

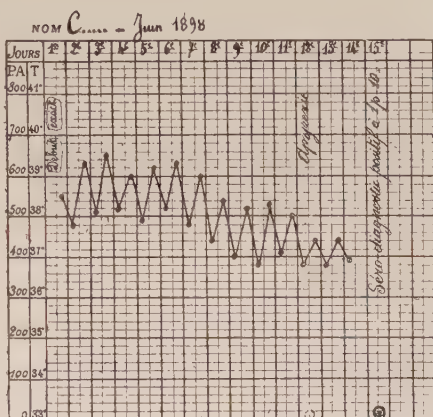
A 1 pour 10 : il y a des amas, mais de nombreux bacilles mobiles (réaction limitée).

A 1 pour 30 : on trouve quelques rares amas et un nombre infini de bacilles mobiles.

A 1 pour 50 : on trouve quelques rares amas et un nombre infini de bacilles mobiles.

10 juillet. — La guérison est parfaite en 11 jours.

TRACÉ VIII



Les observations C..., A... (Obs. CXXXIV) et C..., J... (Obs. CXXXV) concernent deux sœurs malades à peu près en même temps. Le diagnostic clinique était très hésitant entre une typhoïdette et un embarras gastrique. Le séro-diagnostic fut très nettement positif pour C..., A..., faiblement positif pour C..., J.... Par conséquent, en réalité, ce sont des infections éberthiennes qui ont duré l'une dix-neuf jours, l'autre onze jours, et que l'on peut classer soit parmi les embarras gastriques, soit parmi les typhoïdettes. C'est une question doctrinale. L'observation C..., A... constituerait, en tous cas, une forme de transition entre les deux. Remarquons que pour C..., J..., on n'a pensé à une typhoïdette qu'à cause de la maladie de sa sœur.

Dans la première, le séro-diagnostic a été positif

quatre jours avant la chute complète de la température et, dans la deuxième, le quatrième jour d'apyrexie.

OBSERVATION CXXXVI

EMBARRAS GASTRIQUE FÉBRILE. — SÉRO-DIAGNOSTIC
POSITIF FAIBLE.

D...

Entré le 16 novembre 1898.

16 novembre. — Rien de particulier dans les antécédents du malade.

Le début de l'affection actuelle remonte à dix jours par de la céphalée, de l'agitation, de la fièvre, des douleurs abdominales et une poussée d'adénite cervicale. Il n'y eut pas de diarrhée, pas de vomissements. Le malade présenta de la toux et de l'expectoration.

Actuellement (10^e jour) : la langue est blanche, étalée ; le visage est coloré.

Il n'y a pas de taches rosées.

L'abdomen est douloureux au niveau de la fosse iliaque droite et surtout du creux épigastrique. Il n'y a pas de gargouillement.

La rate est hypertrophiée.

On ne note rien aux poumons.

Rien au cœur. Le pouls est à 88 pulsations.

Comme traitement on donne du naphтол.

18 novembre. — L'état du malade est le même. Il n'y a pas de diarrhée, mais on remarque un peu d'abattement. Ce matin la température est de 37°8.

19 novembre. — Hier soir la température est de 38°7.

Le **séro-diagnostic** est *faiblement positif* le 13^e jour.

A 1 pour 10 : agglutination complète (amas nombreux ; rares bacilles mobiles).

A 4 pour 30 : agglutination négative (bacilles mobiles accolés).

20 novembre. — Le malade présente de l'agitation, du nervosisme. La nuit a été agitée. Cependant la température, ce matin, était de 37°.

On ordonne des lavements froids qui occasionnent des selles abondantes avec des peaux (?).

L'état général est le même. Le malade présente de l'anorexie.

Le pouls est à 88 pulsations.

Nous pouvons faire pour l'observation D... (Obs. CXXXVI) les mêmes réflexions que précédemment. Cliniquement, le diagnostic hésite entre une typhoïdette et un embarras gastrique. Le pouvoir agglutinant indique une infection éberthienne faible l'avant-veille de l'apyrexie.

OBSERVATION CXXXVII

EMBARRAS GASTRIQUE FÉBRILE. — SÉRO-DIAGNOSTIC POSITIF.

G..., Pierre, 18 ans.

Entré le 6 juin 1899, salle Saint-Augustin, n° 26, service de M. Bondet.

6 juin. — Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

Personnellement le malade a eu la scarlatine à 8 ans, et une gastrite (au dire du malade) avec fièvre à 15 ans.

Il y a trois semaines, le malade fut pris de céphalée et dut s'aliter. Mais, il y a huit jours, il ressentit une douleur dans le flanc droit, un peu au-dessous du rebord costal; douleur assez vive pour provoquer des cris. Il n'y eut pas d'autres symptômes, ni toux, ni diarrhée, ni épistaxis.

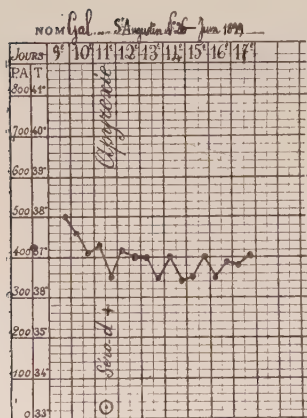
Actuellement (9^e jour): le malade se plaint toujours de son

point de côté. C'est une douleur continue. La palpation y est douloureuse.

La langue est blanche au centre et rose à la pointe.

Il y a du gargouillement dans la fosse iliaque et dans le flanc droits.

TRACÉ IX



Le malade présente de l'anorexie et un peu de constipation mais pas de ballonnement du ventre. La rate n'est pas grosse. Le malade ne tousse pas ; mais il accuse de la courbature.

Aux poumons : en avant, sous la clavicule droite, on remarque de la submatité, de l'augmentation des vibrations et une respiration rude ; en arrière, au même sommet, il y a des vibrations exagérées et une inspiration un peu

obscur, mais la sonorité est plutôt moindre à gauche.

Rien au cœur.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

8 juin. — Le malade présente de la diarrhée.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 11^e jour (1^{er} jour d'apyrexie).

A 1 pour 10 : agglutination complète (nombreux amas),

26 juin. — Le malade était guéri Cette nuit il a été atteint d'une diarrhée abondante (10 selles).

La température s'est élevée à 38°5.

6 juillet. — Le malade souffre dans la fosse iliaque.

15 juillet. — La guérison est complète et le malade s'en va.

OBSERVATION CXXXVIII

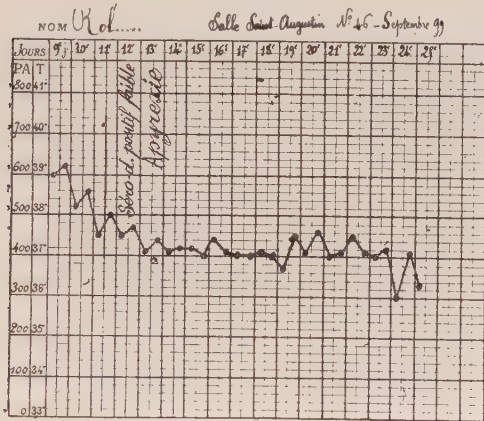
EMBARRAS GASTRIQUE. — SÉRO-DIAGNOSTIC FAIBLEMENT POSITIF.

R. . .

Entré le 8 septembre 1899, salle Saint-Augustin, n° 46, service de M. Bondet.

8 septembre 1899. — Rien de particulier à noter dans les antécédents héréditaires et personnels du malade.

TRACÉ X



Le début de l'affection remonte à 8 jours. Le malade a souffert de la céphalée, mais n'a présenté ni diarrhée, ni épistaxis. Il a eu des frissons il y a 6 jours.

Actuellement (8^e jour) : la langue est un peu blanche, rose aux bords.

La palpation provoque du gargouillement et de légères douleurs dans la fosse iliaque droite.

On ne trouve pas de taches rosées.

Le malade est constipé.

Le pouls est à 84, un peu dicrote.

Aux poumons il y a un peu de bronchite.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

9 septembre. — L'examen du ventre montre beaucoup de gargouillement, mais pas de douleurs dans la fosse iliaque droite.

12 septembre. — Le *séro-diagnostic est faiblement positif* le 12^e jour.

A 1 pour 10 il y a quelque amas.

A 1 — 30 la réaction est négative.

16 septembre. — On commence l'alimentation.

23 septembre. — Le malade sort guéri.

Les observations G..., (Obs. CXXXVII) et R..., (Obs. CXXXVIII) donnent encore lieu aux mêmes remarques. L'évolution et la durée de la maladie ont été celles d'un embarras gastrique. Mais le séro-diagnostic, positif le premier jour pour G..., et la veille de l'apyrexie pour R..., est venu montrer qu'il s'agissait néanmoins d'une infection à bacille d'Eberth.

OBSERVATION CXXXIX

FIÈVRE TYPHOÏDE (?). — SÉRO-DIAGNOSTIC DOUTEUX.

A... Marie-Clémentine, 32 ans.

Entrée le 7 février 1900, salle Sainte-Blandine, n° 13, service de M. Lyonnet.

7 février. — Il y a rien de particulier dans les antécédents héréditaires de la malade.

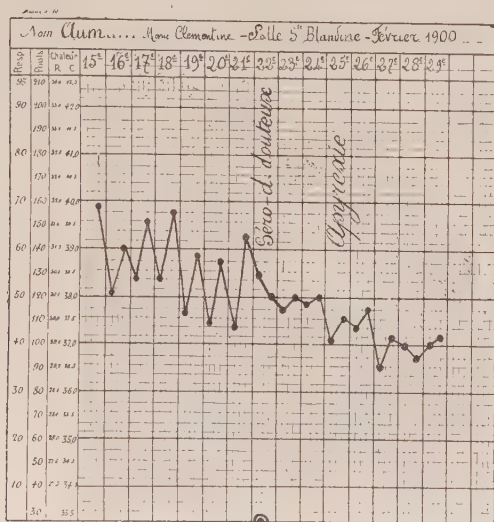
Personnellement, elle ne se souvient pas d'avoir eu les maladies ordinaires de l'enfance. Elle est réglée depuis 15 ans et

toujours régulièrement. Elle n'a jamais été malade, à part un peu d'influenza et quelques refroidissements.

La maladie actuelle a débuté brusquement, il y a environ trois semaines. La malade ressentit un peu de malaise général, un peu de céphalée. Son appétit diminua. Elle put cependant continuer son travail pendant huit jours environ.

Il y a 15 jours ces phénomènes s'accrochèrent. Les forces de la malade diminuèrent et elle garda le lit.

TRACÉ XI



Elle entre à l'hôpital pour ces phénomènes ; un peu de céphalée et surtout de la lassitude générale.

Durant les trois semaines elle n'a jamais eu de vertiges, ni de bourdonnements d'oreilles, ni d'épistaxis, ni de mal de gorge et jamais de diarrhée. Les selles étaient régulières (une par jour).

À son entrée (15^e jour) : l'état général est faible. Il y a une perte de forces à peu près complète.

A aucun moment la malade n'a eu de délire.

Il existe toujours une légère céphalée. La malade a remarqué depuis longtemps la chute de ses cheveux.

Sur la partie antérieure de l'avant-bras existe une légère desquamation purpuracée. Il n'y a rien sur le reste du corps.

L'examen du tube digestif présente les symptômes suivants :

La langue est desquamée, rouge-framboise, ressemblant à celle de la scarlatine.

La malade, a eu, au début quelques vomissements qui ont, à ce moment-ci, complètement disparu.

L'inappétence est complète.

Le ventre est normal et n'offre rien de particulier à la vue.

Il existe des taches rosées qui sont très surélevées et ne semblent pas être celles de la fièvre typhoïde.

On remarque un peu de douleur dans la fosse iliaque droite où il existe un léger gargouillement.

Les selles sont normales comme consistance et comme fréquence.

L'appareil respiratoire n'offre rien aux poumons. Il n'y a pas de toux.

Du côté de l'appareil circulatoire, la pointe du cœur bat dans la 5^e espace. Les bruits sont très réguliers. A la pointe du cœur il semble exister une tendance au dédoublement du 2^e bruit.

Le pouls est bon, régulier. Il bat à 128 pulsations à la minute.

Le foie est normal.

La rate ne présente rien de particulier.

Du côté de l'appareil urinaire, l'urine ne contient pas d'albumine.

Il n'y a pas de pertes blanches. Les règles sont survenues ces jours derniers, avec 8 jours d'avance.

Du côté du système nerveux, on note un léger état de stupeur. Cependant la malade répond très bien aux questions qu'on lui adresse.

Il n'existe pas de délire

14 février. — Le **séro-diagnostic** est *douteux* le 22^e jour.

A 1 pour 10 : amas pas très volumineux mais très nombreux ; bacilles mobiles extrêmement rares.

A 1 pour 30 : amas bien plus rares, nombreux bacilles mobiles.

A 1 pour 50 : très nombreux bacilles mobiles ; simple tendance à l'agglutination.

16 février. — L'état de la malade reste le même.
La courbe thermique présente de grandes oscillations.
La température du soir baisse peu à peu.
Il y a toujours un peu de constipation.
14 mars. — La malade s'en va guérie.

La durée de la maladie d'A... (Obs. CXXXIX), semble se rapprocher beaucoup d'une typhoïdette. La bénignité seule des symptômes fait penser à l'embarras gastrique. La séro-réaction n'a été positive qu'à 1 pour 10 le vingt-quatrième jour, dernier jour de la maladie.

OBSERVATION CXL

EMBARRAS GASTRIQUE FÉBRILE. — SÉRO-DIAGNOSTIC FAIBLEMENT POSITIF.

V..., Rosalie, 48 ans.

Entrée le 30 septembre 1898, salle B. Teissier, n° 11, service de M. Bondet.

30 septembre. — Rien de particulier dans les antécédents de la malade.

L'affection actuelle a débuté il y a quatre jours, par de la céphalée, de la courbature, des douleurs dans la nuque. La malade se sentait déjà fatiguée il y a quelques jours. Envoyée à la Charité, on ne lui a rien trouvé de gynécologique, mais elle avait une fièvre de 40°.

A son entrée (4^e jour), la malade ne présente pas d'abattement, ni diarrhée, ni constipation. Elle souffre de douleurs à la nuque. Elle n'a jamais eu d'épistaxis.

La langue est saburrale.

Il n'y a pas de taches rosées.

Il existe de la douleur dans les deux fosses iliaques.

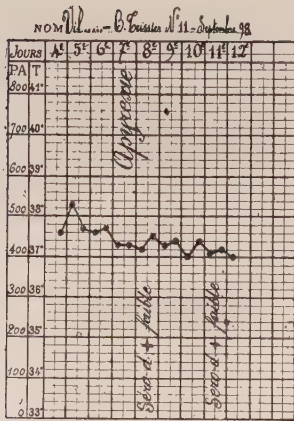
On note une hypertrophie splénique de trois travers de doigt.

Aux poumons, il n'y a ni toux, ni expectoration.

Rien au cœur. Le pouls est à 96 pulsations.

Les urines contiennent un disque épais d'albumine. La malade se plaint d'uriner souvent et de souffrir en urinant.

TRACÉ XII



4 octobre. — L'apyrexie commence aujourd'hui.

La langue est un peu blanche.

La matité splénique persiste.

Le pouls est 72 pulsations.

Le **séro-diagnostic** est *faiblement positif* le 8^e jour.

A 1 pour 10 : agglutination complète (nombreux et gros amas, malgré quelques bacilles mobiles).

A 1 pour 30 : agglutination négative (bacilles tous mobiles).

7 octobre. — Le **séro-diagnostic** est *faiblement positif* le 11^e jour.

A 1 pour 10 : agglutination complète (nombreux et gros amas).

A 1 pour 30 : agglutination complète (quelques amas avec nombreux bacilles mobiles).

8 octobre. — La guérison est complète et la malade sort.

Quant à l'observation V... (Obs. CXL), l'affection n'a duré que six jours et pourtant le séro-diagnostic, à deux reprises différentes, a été positif, faible il est vrai. Nous devons remarquer que les jours où ces recherches ont été effectuées, étaient les deuxième et cinquième jours d'apyrexie.

OBSERVATION CXL

EMBARRAS GASTRIQUE FÉBRILE. — SÉRO-DIAGNOSTIC D'ABORD
NÉGATIF PUIS POSITIF.

B..., François, 32 ans.

Entré le 7 septembre 1898, salle Saint-Augustin, n° 46, service de M. Bondet.

7 septembre. — Rien de particulier dans les antécédents héréditaires du malade, sauf une sœur morte, à 27 ans, de phtisie.

Comme antécédents personnels le malade a eu, à 16 ans, une fluxion de poitrine qui dura 10 jours. Il cracha un peu de sang. Il fit une chute de cheval en 1888, sans suites graves. En 1892, il eut une fièvre typhoïde soignée à la salle Saint-Maurice.

Le début de l'affection actuelle remonte au 29 août. Il a été marqué par des points de côté mobiles et contre lesquels le malade a lutté par des vésicatoires. Il y eut une diarrhée très abondante. Le malade n'a pas vu s'il faisait du sang. Il n'eut pas de vomissements, pas d'épistaxis, mais eut une céphalée très intense. Le 6 septembre il consulta un docteur; il avait à ce moment 41° 2.

Actuellement (10^e jour): le malade présente peu d'abattement, bien que la céphalée persiste.

Le facies est rouge. La langue est rouge, vernissée.

On trouve quelques taches, mais de nature douteuse.

Le ventre est ballonné, empâté. On sent du gargouillement dans la fosse iliaque droite. Mais le malade ne se plaint d'aucune douleur.

La diarrhée est toujours abondante.

L'hypertrophie splénique est à peine marquée.

Aux poumons: on trouve quelques sibilances, mais seulement au moment de la toux.

Le cœur est régulier et tranquille. Les bruits sont sourds. Le pouls est à 78 pulsations.

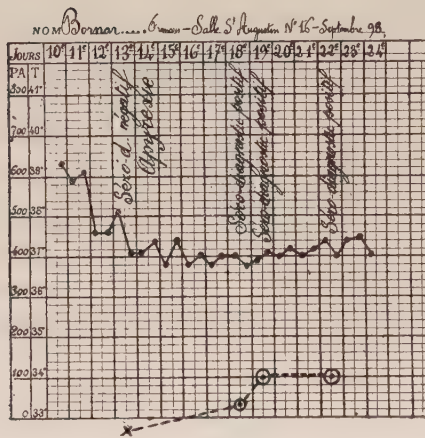
Les urines ne contiennent pas d'albumine.

9 septembre. — L₁ matité splénique est très étendue.

Le pouls est à 80 pulsations.

10 septembre. — Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 13^e jour.

TRACÉ XIII



A 1 pour 10 : agglutination incomplète (quelques petits amas, mais bacilles mobiles).

A 1 pour 30 : agglutination négative (nombreux bacilles mobiles.)

11 septembre. — L'apyrexie commence aujourd'hui.

Le malade demande de la nourriture.

15 septembre. — On a commencé l'alimentation depuis deux jours.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 18^e jour.

A 1 pour 10 : agglutination complète (amas).

A 1 — 30 — incomplète (amas et bacilles mobiles).

A 1 pour 100 : agglutination négative (bacilles mobiles).

16 septembre. — Le **séro-diagnostic** est *positif* le 19^e jour.

A 1 pour 100 : agglutination complète (amas).

A 1 — 200 — incomplète (nombreux amas, mais quelques bacilles mobiles).

A 1 pour 400 : agglutination incomplète (nombreux amas, mais quelques bacilles mobiles).

A 1 — 600 : agglutination douteuse (quelques petits amas avec un nombre infini de bacilles mobiles).

19 septembre. — L'état général est bon ; l'alimentation continue.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 22^e jour.

A 1 pour 100 : agglutination complète (nombreux amas, avec quelques bacilles mobiles).

A 1 pour 200 : agglutination incomplète (quelques amas, avec de nombreux bacilles mobiles).

26 septembre. — Le malade quitte le service complètement guéri.

Dans le cas de B... (Obs. CXLl), la durée de la maladie, le peu d'intensité de la fièvre, tout était en rapport avec le diagnostic d'embarras gastrique. Le séro-diagnostic lui-même sembla d'abord, lors d'une première recherche, effectuée le treizième jour, veille de l'apyrexie, devoir faire rejeter l'idée d'infection éberthienne. La séro-réaction fut, en effet, négative à ce moment-là. Mais des recherches ultérieures montrèrent un pouvoir agglutinant qui s'éleva à 1 pour 30 le dix-huitième jour et à 1 pour 100 les dix-neuvième et vingt-deuxième jours, qui correspondaient aux cinquième, sixième et neuvième jours d'apyrexie.

OBSERVATION CXLII

EMBARRAS GASTRIQUE FÉBRILE. — SÉRO-DIAGNOSTIC D'ABORD NÉGATIF, PUIS POSITIF.

L..., François, 31 ans.

Entré le 23 septembre 1898, salle St-Augustin, n° 18, service de M. Bondet.

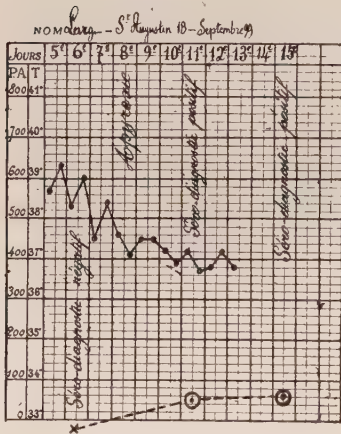
23 septembre. — Rien à noter dans les antécédents héréditaires du malade.

Celui-ci n'a jamais eu d'affection grave ; mais, à deux reprises différentes, il a souffert de douleurs vives dans la fosse

iliaque droite, avec ballonnement du ventre, constipation et vomissements. Il n'a pas de hernie. Ces douleurs disparaissent au bout de deux à trois jours.

Le début de l'affection actuelle remonte au 18 septembre. Il a été marqué par de la céphalée et de l'anorexie. Le malade s'est mis au lit le 19, a été purgé le 20, parce qu'il présentait de la constipation et, depuis, a de la diarrhée sans coliques. Il n'a jamais eu d'épistaxis.

TRACÉ XIV



A son entrée (5^e jour) : le malade ne présente pas d'abattement, mais il est atteint de céphalée et de diarrhée.

La langue est saburrale, rouge à la pointe.

Il n'y a pas de taches rosées.

Le ventre n'est pas ballonné et ne présente pas de gargouillement.

On ne trouve pas de matité splénique.

Il n'y a rien aux poumons.

Rien au cœur.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

24 septembre. — Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 6^e jour, même à 1 pour 10.

29 septembre. — Le malade est apyrétique. On commence l'alimentation.

L'examen microscopique du sérum n'a pu être fait, mais le tube s'est clarifié au bout de 24 heures.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 11^e jour :

A 1 pour 10 : agglutination complète (nombreux et gros amas).

A 1 pour 50 : agglutination complète (nombreux amas, mais quelques bacilles mobiles).

A 1 pour 100 : agglutination négative (bacilles mobiles).

3 octobre. — Le **séro-diagnostic** est *positif* le 15^e jour.

A 1 pour 50 : agglutination complète (nombreux amas, malgré quelques bacilles mobiles).

A 1 pour 100 : agglutination douteuse (quelques petits amas et bacilles mobiles).

4 octobre. — Le malade quitte le service, guéri.

Enfin l'affection de L... (Obs. CXLII), dont la durée totale ne fut que de sept jours, semblait, elle aussi, n'avoir rien de commun avec la fièvre typhoïde. Cette idée parut être confirmée par le premier séro-diagnostic, cherché le sixième jour, avant-dernier jour de la maladie. Mais il fallut abandonner cette opinion devant les résultats de la séro-réaction, positive à 1 pour 50 et 1 pour 60, obtenus les onzième et quinzième jours, c'est-à-dire les quatrième et huitième jours d'apyrexie.

Nous nous contenterons, pour le moment, de constater les résultats obtenus. Nous étudierons plus tard les conclusions qui nous paraissent en découler.

D'ailleurs, la discussion et l'examen des faits seront facilités par le tableau V que nous donnons ci-dessous

Nous avons résumé dans ce tableau toutes nos observations d'embarras gastriques. Dans les deux premières colonnes, nous avons placé les numéros des observations et les noms des malade. Les troisième et quatrième colonnes indiquent la durée de la maladie, depuis le moment d'apparition des premiers prodromes, et la durée de la fièvre à l'hôpital.

TABLEAU V

Tableau du séro-diagnostic dans les embarras gastriques

OBSERVATIONS	NOMS	DURÉE de la maladie.	DURÉE de la fièvre à l'hôpital.	SÉRO-DIAGNOSTIC	
				RÉSULTAT	JOUR DE LA RECHERCHE.
CXXXIV.....	C., A.	19 jours.	17 jours.	Positif à 1 pour 50.	15 ^e jour.
CXXXV.....	C., J.	11 jours.	11 jours.	Positif à 1 pour 10.	15 ^e jour (4 ^e j. d'apyrexie).
CXXXVI.....	D.	14 jours.	5 jours.	Positif à 1 pour 10.	13 ^e jour.
CXXXVII.....	G.	10 jours.	2 jours.	Positif à 1 pour 30.	11 ^e jour (1 ^{er} j. d'apyrexie).
CXXXVIII.....	R.	12 jours.	4 jours.	Positif à 1 pour 10.	12 ^e jour.
CXXXIX.....	A.	24 jours.	10 jours.	Positif à 1 pour 10.	24 ^e jour.
CXL.....	V.	6 jours.	3 jours.	Positif faible.	8 ^e jour (2 ^e j. d'apyrexie).
				Positif faible.	11 ^e jour (5 ^e j. d'apyrexie).
				Négatif.	13 ^e jour.
CXLI.....	B.	13 jours.	4 jours.	Positif à 1 pour 30.	18 ^e jour (5 ^e j. d'apyrexie).
				Positif à 1 pour 100.	19 ^e jour (6 ^e j. d'apyrexie).
				Positif à 1 pour 100.	22 ^e jour (9 ^e j. d'apyrexie).
				Négatif.	6 ^e jour.
CXLII.....	L.	7 jours.	3 jours.	Positif à 1 pour 50.	11 ^e jour (4 ^e j. d'apyrexie).
				Positif à 1 pour 60.	15 ^e jour (8 ^e j. d'apyrexie).
CXLIII.....	G.	20 jours.	6 jours.	Négatif.	6 ^e jour.
CXLIV.....	C.	11 jours.	4 jours.	Négatif.	11 ^e jour.
CXLV.....	L.	9 jours.	6 jours.	Négatif.	9 ^e jour.
CXLVI.....	D.	11 jours.	5 jours.	Négatif.	11 ^e jour.
CXLVII.....	D.	6 jours.	1 jour.	Négatif.	10 ^e jour.
CXLVIII.....	V.	» »	7 jours.	Négatif.	2 ^e jour d'hôpital.
CXLIX.....	G.	8 jours.	4 jours.	Négatif.	7 ^e jour.
CL.....	F.	13 jours.	9 jours.	Négatif.	6 ^e jour.
CLI.....	L.	8 jours.	» »	Négatif.	10 ^e jour (2 ^e j. d'apyrexie).
CLII.....	P.	» »	» »	Négatif.	»
CLIII.....	J.	8 jours.	0 jour.	Négatif.	9 ^e jour (1 ^{er} j. d'apyrexie).
CLIV.....	R.	15 jours.	6 jours.	Négatif.	10 ^e jour.
CLV.....	R.	4 jours.	0 jour.	Négatif.	5 ^e jour (1 ^{er} j. d'apyrexie).
CLVI.....	G.	6 jours.	2 jours.	Négatif.	6 ^e jour.
CLVII.....	G.	4 jours.	1 jour.	Négatif.	4 ^e jour.
CLVIII.....	S.	12 jours.	2 jours.	Négatif.	13 ^e jour (1 ^{er} j. d'apyrexie).
CLIX.....	H.	14 jours.	9 jours.	Négatif.	7 ^e jour.
CLX.....	G.	16 jours.	11 jours.	Négatif.	19 ^e jour.
CLXI.....	G.	» »	10 jours.	Négatif.	»
CLXII.....	P.	8 jours.	4 jours.	Négatif.	11 ^e jour (3 ^e j. d'apyrexie).

Enfin dans la dernière colonne, on trouve les résultats positifs ou négatifs du séro-diagnostic, avec la limite, pour les cas positifs, à laquelle s'est élevée l'agglutination, et le jour où cette dernière a été recherchée.

Nous croyons devoir faire remarquer que, pour plus de clarté, ce tableau, comme d'ailleurs notre discussion, est divisé en deux parties. La première renferme les cas positifs et la seconde les cas négatifs, séparés des précédents par un trait horizontal.

Nous avons déjà examiné les neuf cas positifs, nous allons nous occuper de ceux où la réponse du séro-diagnostic a été négative.

II. — Quant à ces vingt cas négatifs, l'examen des symptômes cliniques, la chute rapide de la température ou l'absence de fièvre, l'évolution de la maladie laissaient le clinicien dans le doute sur la nature véritable de l'affection. Le séro-diagnostic, consulté, a montré que le sang de ces malades ne possédait pas la propriété agglutinante caractéristique du sang typhique. Il semblerait donc que l'on n'aurait pas eu affaire à des infections à bacille d'Eberth. Nous verrons plus tard les conclusions que l'on peut en tirer d'une façon certaine.

Remarquons que la recherche de la séro-réaction a été faite, pour la plupart du temps, au moment de l'apyrexie. Dans cinq cas on l'a effectuée dans le cours même de la maladie, soit quatorze jours (Obs. CXLIII), cinq jours (Obs. CXLVIII et CLIV) et

sept jours (Obs. CL et CLIX) avant la chute complète de la température, Dans tous les autres cas, les recherches ont varié entre la veille de l'apyrexie et le quatrième jour de convalescence.

Nous donnons ci-après l'exposé clinique de ces vingt observations, nous réservant de faire nos remarques au moment de la discussion générale.

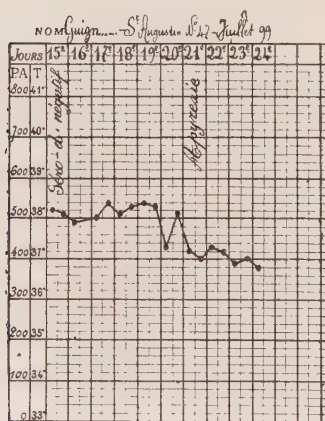
OBSERVATION CXLIII

EMBARRAS GASTRIQUE A PEINE FÉBRILE. — SÉRO-DIAGNOSTIC NÉGATIF

G... Jean-Marie, 28 ans.

Entré le 11 juillet 1898, salle St-Augustin, n° 47, service de M. Bondet.

TRACÉ XV



11 juillet. — On ne remarque rien dans les antécédents du malade.

La maladie actuelle a débuté, il y a quinze jours environ, par de la céphalée et de la courbature. Le malade continue son travail jusqu'au mardi 5 juillet, où il est obligé de s'aliter. Un médecin, appelé ordonne simplement de l'antipyrine.

A son entrée (15^e jour) : le malade se plaint surtout de la céphalée et de la perte d'appétit.

La langue est uniformément saburrale, large, étalée, blanche au milieu, avec des empreintes dentaires sur les bords.

Il n'y a pas de taches rosées.

Le malade n'a pas eu d'épistaxis.

Il n'y a pas de symptômes abdominaux. La ventre est un peu météorisé, mais on ne trouve pas de gargouillements dans la fosse iliaque.

Le malade n'a eu ni diarrhée, ni vomissements.

Il ressent une faiblesse générale très marquée avec des vertiges lorsqu'il passe de la station couchée à la position assise.

Les nuits sont calmes, sans cauchemars.

On ne trouve pas de splénomégalie.

Le malade présente une toux légère, peu marquée, mais sans expectoration.

On ne trouve rien aux poumons.

Rien au cœur. Le pouls est régulier, non dicrote. Il est à 80.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 15^e jour.

17 juillet. — L'apyrexie est complète.

25 juillet. — Le malade quitte le service, guéri.

OBSERVATION CXLIV

EMBARRAS GASTRIQUE FÉBRILE. — SÉRO-DIAGNOSTIC NÉGATIF.

C..., Lucien, 17 ans.

Entré le 23 août 1898, salle Saint-Augustin, n° 14, service de M. Bondet.

23 août. — Rien de particulier dans les antécédents héréditaires du malade.

Dans ses antécédents personnels, on remarque une pleurésie gauche, il y a 7 ans, qui ne semble pas avoir été ponctionnée.

Le début de l'affection actuelle remonte au 16 août. Le malade ayant bu de l'eau très froide, se sentit pris de céphalée et de douleurs fugaces dans le ventre, accompagnées de diarrhée. Il eut, en outre, 3 épistaxis et des vomissements. Cet état a duré huit jours sans s'améliorer et le malade entre à l'hôpital.

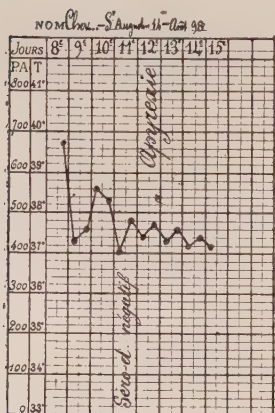
Actuellement (8^e jour) : l'état général n'est pas mauvais. La céphalée persiste toujours. Le malade se plaint d'un point de côté droit qui date, du reste, du début de l'affection.

La langue est à peine saburrale.

Il n'y a pas de taches rosées.

Le malade n'a pas eu de nouvelles épistaxis.

TRACÉ XVI



Le ventre n'est ni ballonné, ni empâté, ni douloureux. Il n'y a pas de gargouillements, pas d'hypertrophie splénique.

La diarrhée persiste.

Le malade présente une toux assez fréquente, accompagnée d'une expectoration muco-purulente.

Aux poumons, on trouve une obscurité respiratoire marquée à la base droite et accompagnée, par moments, de frottements pleuraux, rapeux, durs et se produisant aux deux temps de la respiration. Il n'y a pas de signes au sommet.

Rien au cœur. Le pouls est normal, plein, régulier, sans accélération notable.

26 août. — La température a beaucoup baissé et est tombée à l'apyrexie.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 11^e jour.

13 septembre. — La guérison est complète et le malade part.

OBSERVATION CXLV

EMBARRAS GASTRIQUE FÉBRILE. — SÉRO-DIAGNOSTIC NÉGATIF.

L..., Paul, 23 ans.

Entré le 1^{er} septembre 1898, salle Saint-Augustin, n° 44, service de M. Bondet.

1^{er} septembre. — Rien à noter dans les antécédents héréditaires du malade.

Comme antécédents personnels, il a été atteint de douleurs rhumatismales il y a 4 ans, puis d'une angine.

La maladie actuelle a débuté brusquement, mardi matin, 30 août. Le malade, qui était à son travail fut pris subitement de vertiges avec bourdonnements d'oreilles. Il perdit connaissance et, au bout d'un moment, eut des vomissements bilieux abondants. Il s'alita et le reste de la journée se passa sans vomissements. La céphalée fut très vive. Le malade avait toujours des vertiges.

A son entrée (4^e jour) : le malade se plaint d'un point de côté dans l'hypochondre droit avec une sensation de constriction au niveau de la ceinture. Les vomissements n'ont pas reparu. La céphalée est toujours très marquée. Le malade est abattu.

La langue est étalée, humide, blanche.

Le ventre est un peu douloureux.

3 septembre. — La température tombe à l'apyrexie:

6 septembre. — Hier soir la température est remontée brusquement à 38°9. Mais, ce matin, elle est redescendue à 36°9.

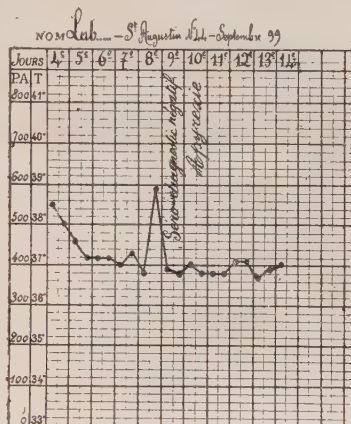
Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 9^e jour.

A 1 pour 10 : il y a une infinité de bacilles mobiles et quelques petits amas.

A 1 pour 30 : il y a une infinité de bacilles mobiles et quelques petits amas.

17 septembre. — Le malade quitte le service, guéri.

TRACÉ XVII



OBSERVATION CXLVI

EMBARRAS GASTRIQUE FÉBRILE. — SÉRO-DIAGNOSTIC NÉGATIF.

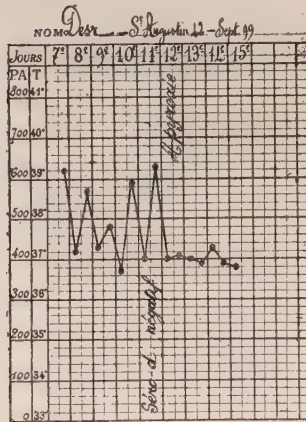
D..., Ernest, 28 ans.

Entré le 3 septembre 1898, salle Saint-Augustin, n° 42, service de M. Bondet.

3 septembre. — Rien de particulier dans les antécédents du malade.

Le début de l'affection actuelle date du 24 août, par de l'anorexie et de la céphalée, à la suite d'un refroidissement. Le malade est resté 6 jours chez lui. Il n'a jamais eu de diarrhée, ni de douleurs abdominales, ni d'épistaxis.

TRACÉ XVIII



commence aujourd'hui.

13 septembre. — Le malade quitte le service.

A son entrée (7^e jour) : le malade a souffert un peu du ventre.

On lui a donné trois lavements, mais aucun bain.

La langue est blanche.

La rate n'est pas hypertrophiée.

La température est de 39°2.

7 septembre. — Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 11^e jour.

A 1 pour 10 : il y a un nombre infini de bacilles mobiles et quelques rares petits amas.

A 1 pour 20 : il y a un nombre infini de bacilles mobiles et quelques rares petits amas.

8 septembre. — L'apyrexie

OBSERVATION CXLVII

EMBARRAS GASTRIQUE FÉBRILE. — SÉRO-DIAGNOSTIC NÉGATIF

D..., Jean, 39 ans.

Entré le 12 septembre 1898, salle St-Eucher, n° 4, service de M. Roque.

12 septembre. — Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

Personnellement le malade n'a souffert d'aucune maladie grave antérieure. Il n'a jamais eu la syphilis et nie l'alcoolisme. Il a toujours eu une bonne santé habituelle.

A l'examen des poumons, on ne trouve rien d'anormal ni à la base, ni au sommet.

Au cœur : la pointe bat dans le cinquième espace ; les bruits sont normaux, les battements réguliers. Il n'y pas de souffle

Le poulx est régulier. Il est à 80 pulsations.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

14 septembre. — Le malade se plaint d'une douleur diffuse dans la région lombaire.

15 septembre. — Depuis trois jours la défervescence est absolue.

Le malade ne présente plus de diarrhée.

La langue est toujours très saburrale.

16 septembre. — Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 10^e jour.

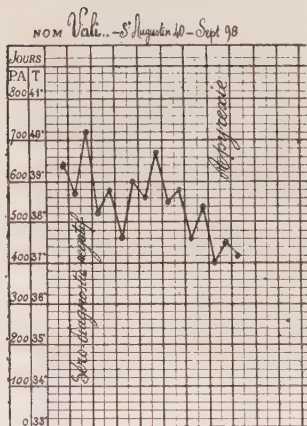
21 septembre. — Le malade sort complètement guéri.

OBSERVATION CXLVIII

EMBARRAS GASTRIQUE. — SÉRO-DIAGNOSTIC NÉGATIF

TRACÉ XX

V...



Entré le 16 septembre 1898, salle St-Augustin, service de M. Bondet.

16 septembre. — Rien de particulier dans les antécédents du malade.

Ce dernier présente des symptômes vagues. Celui qui prédomine est la diarrhée.

17 septembre. — Le **séro-diagnostic** est *négatif*, même à 1 pour 10.

23 septembre. — L'apyrexie débute aujourd'hui.

OBSERVATION CXLIX

A TROIS ANS, CHUTE ET TROUBLES AUDITIFS. — A VINGT ANS, ÉCOULEMENT OTIQUE QUI A PERSISTÉ DEPUIS. — IL Y A SIX SEMAINES, CHUTE DE 6 MÈTRES DE HAUTEUR. — IL Y A CINQ JOURS, DÉBUT DE PHÉNOMÈNES MÉNINGITIQUES. — EMBARRAS GASTRIQUE. — ÉPISTAXIS GRAVES. — SÉRO-DIAGNOSTIC NÉGATIF.

G..., André, 27 ans.

Entré le 26 septembre 1898, salle St-Eucher, n° 3, service de M. Roque.

26 septembre. — Comme antécédents héréditaires, le malade a eu sa mère morte d'une pleurésie, et son père mort, à 50 ans, d'une tumeur maligne de l'abdomen.

A trois ans, le malade fit une chute grave qui amena une fracture ou une fêlure de l'arcade sourcilière gauche, à la suite de laquelle il présenta des symptômes douloureux dans l'oreille du même côté. En même temps il eut une diminution de l'acuité auditive. Ces symptômes persistèrent, jusqu'à l'âge de vingt ans, avec des recrudescences plus ou moins espacées. A cet âge, le malade eut une mastoïdite avec perforation de la membrane du tympan et fistule derrière l'oreille.

La santé du malade, en temps ordinaire, est bonne. Il est cependant sujet aux gastralgies qui se manifestent surtout la nuit et se terminent par des vomissements de liquides séreux et glaireux. Il ne vomit jamais à jeun, n'a jamais de vomissements alimentaires, jamais de régurgitations, ni de renvois acides ou amers. Les crampes d'estomac se manifestent rarement pendant les périodes digestives. Lorsqu'elles existent, l'ingestion des aliments les calme.

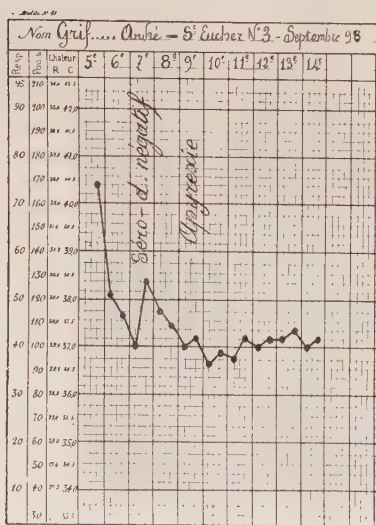
Le malade avoue avoir fait de nombreux excès alcooliques avant son départ pour le régiment. Depuis l'apparition des troubles digestifs, il s'abstient de liqueurs et même de vin.

Les crampes sont, au dire du malade, extrêmement douloureuses. Elles disparaissent à certains moments pendant huit à dix jours.

Il y a six semaines, le malade fit une chute d'un échafaudage de 6 mètres de hauteur et resta dix minutes sans connaissance. Il dut garder le repos jusqu'à il y a huit jours.

Il y a cinq jours, à la fin de la journée, il fut pris d'une violente céphalée fronto-temporale gauche qui n'a pas cessé depuis et a été à son maximum avant-hier. En même temps le malade éprouvait une lassitude générale, un abattement considérable; l'anorexie était absolue. Le lendemain, il lui fut impossible de se lever. Il prit une purgation, et depuis, il a eu la diarrhée, peu importante d'ailleurs. Deux jours après, il moucha du sang (il n'a jamais présenté d'épistaxis). En même temps le malade ressentit des douleurs abdominales assez fortes et une recrudescence de la gastralgie. Enfin, il y eut une élévation notable de la température qui atteignit 40 degrés et s'y maintint à l'entrée.

TRACÉ XXI



Actuellement (5^e jour); le malade a une céphalée intense. Il a eu deux ou trois fois des vomissements à l'occasion de l'ingestion des médicaments. L'antipyrine n'a en rien calmé les douleurs de tête.

Le malade paraît absorbé; il répond néanmoins assez bien à toutes les questions. Il raconte que, depuis l'apparition de la fièvre et de la céphalée, l'écoulement otique s'est tari.

La langue est sèche, saburrale, recouverte

l'un enduit brunâtre sur sa face supérieure, peu rouge sur les bords et à la pointe.

Le ventre est douloureux à la pression dans toute son étendue, mais particulièrement au niveau de la fosse iliaque

droite. A ce niveau on ne sent pas d'empâtement, mais un peu de gargouillement.

Il n'existe pas de taches rosées.

La rate paraît hypertrophiée et est douloureuse à la palpation.

Le malade a toujours un peu de diarrhée.

L'examen des poumons et du cœur ne révèle rien d'anormal. D'ailleurs le malade n'a eu ni point de côté, ni frissons; il ne tousse pas, n'a pas de dyspnée et n'a jamais eu d'hémoptysie. Le pouls est régulier, un peu rapide.

En présence de ce que le malade raconte: chute violente, il y a six semaines et, depuis, céphalées assez fréquentes, mais peu violentes, disparition de l'écoulement otique, on pourrait penser à l'existence d'une méningite, d'autant plus qu'il n'a eu que des vomissements. Mais il n'a jamais eu de constipation, ni contractures, ni convulsions; il n'a pas de myosis, mais plutôt de la mydriase; pas de photophobie.

Les urines contiennent beaucoup d'albumine.

28 septembre. — Deux bains ont abaissé la température et calmé la céphalée.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 7^e jour.

30 septembre. — Le malade a présenté hier une épistaxis considérable.

5 octobre. — Le malade a eu des épistaxis pendant trois jours.

Depuis hier, il a un prurit intense et présente une éruption à forme d'urticaire.

Les urines n'ont pas d'albumine.

La guérison est complète.

OBSERVATION CL

EMBARRAS GASTRIQUE FÉBRILE. — SÉRO-DIAGNOSTIC NÉGATIF.

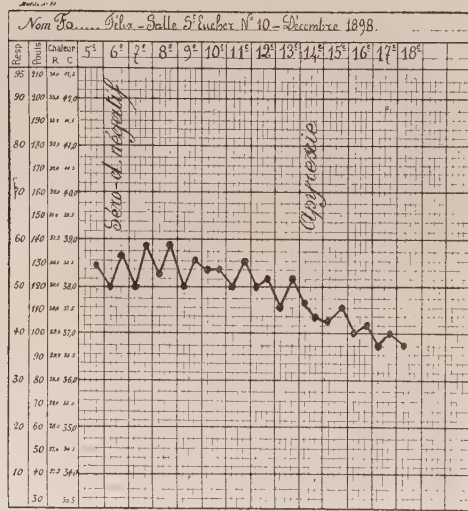
F... Félix, 17 ans.

Entré le 26 décembre 1898, salle St-Eucher, n° 10, service de M. Roque.

26 décembre. — Rien de particulier dans les antécédents tant héréditaires que personnels du malade.

La maladie actuelle a débuté il y a cinq jours.

TRACÉ XXII



Actuellement (6^e jour) : le malade présente les principaux symptômes de l'embarras gastrique.

Il n'y a rien de particulier.

Cependant le pouls est ralenti. Il est à 50 pulsations à la minute.

27 décembre. — Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 6^e jour.

3 janvier. — Le pouls, pendant ces huit jours, est complètement resté ralenti, à 50 pulsations à la minute. Ce matin il accélère un peu.

4 janvier. — Aujourd'hui la température est redescendue à la normale et l'apyrexie définitive commence.

Le malade guérit.

OBSERVATION CLI

EMBARRAS GASTRIQUE. — BACILLOSE PULMONAIRE. — SÉRO-DIAGNOSTIC TYPHIQUE NÉGATIF.

L..., 23 ans.

Entré le 16 juin 1899, salle Saint-Augustin, n° 11 bis, service de M. Bondet.

16 juin. — Rien à noter dans les antécédents héréditaires et personnels du malade.

Il y a huit jours il a ressenti une faiblesse générale et de la courbature avec un peu de céphalée. Il n'y a pas eu d'autres symptômes. Le malade n'a pas toussé, n'a pas eu de points de côté.

Actuellement (9^e jour) : le malade n'accuse toujours que de la courbature qui a d'ailleurs diminué. La céphalée a presque disparu.

La langue est normale.

On ne note pas de taches rosées.

Le malade a bon appétit et présente un peu de constipation.

Il tousse très peu et ne crache pas.

Aux poumons il n'y a rien à noter.

Au cœur, rien (sauf un dédoublement du deuxième bruit modifié par la respiration).

Il n'y a pas de fièvre. La température est de 37°3.

17 juin. — Il n'y a pas de taches rosées, pas de diarrhée.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 10^e jour.

23 juin. — Le malade reconnaît avoir eu des rhumes fréquents, et une hémoptysie légère il y a un an.

Au sommet droit, on trouve de la submatité et une légère exagération des vibrations. L'expiration est soufflante.

Le séro-diagnostic de bacillose est positif.

Malgré cela le malade sort en bon état.

OBSERVATION CLII

EMBARRAS GASTRIQUE. — SÉRO-DIAGNOSTIC NÉGATIF.

P..., Antoinette.

Entrée en juin 1899, salle des 2^{es} Femmes, service de M. Bard.
Symptômes classiques de l'embarras gastrique.

27 juin. — Le **séro-diagnostic** est *négatif*.

OBSERVATION CLIII

EMBARRAS GASTRIQUE SANS FIÈVRE. — DIARRHÉE
SÉRO-DIAGNOSTIC NÉGATIF.

J..., Thérèse, 27 ans.

Entrée le 1^{er} juillet 1899, salle B. Tessier, n° 13, service de
M. Bondet.

1^{er} juillet. — Les antécédents héréditaires sont inconnus.

Comme antécédents personnels la malade a eu : à dix ans, des douleurs qui durèrent 3 à 4 mois, puis des poussées d'adénite ; à 21 ans, de l'anémie qui dura 18 mois. Il y a deux ans, elle présenta des troubles nerveux, consistant en tremblements, perte de mémoire et changement de caractère. Il n'y eut pas de crises de nerfs. Puis cela disparut peu à peu.

La malade dit tousser tous les hivers, mais n'a jamais eu d'hémoptysies.

Depuis deux mois elle dit ressentir un peu de faiblesse générale et souffrir de la céphalée.

Il y a huit jours, elle a eu de la diarrhée qui a persisté depuis (5 à 6 selles par jour), accompagnée de coliques. Elle n'a pas eu de vomissements, mais elle a eu des nausées. Elle a souffert d'une céphalée semblable à celle qu'elle a eu depuis deux mois. Elle n'a pas présenté d'épistaxis.

Actuellement (9^e jour) : la diarrhée a cessé depuis hier, mais la malade ressent toujours des coliques.

La langue est saburrale.

On ne remarque pas de taches rosées.

L'abdomen n'est pas ballonné. La rate ne semble pas augmentée de volume. On sent un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite, mais il n'y a pas de douleur à ce niveau.

La malade accuse toujours de la lassitude. Elle n'a pas d'appétit.

Elle ne tousse pas. Rien à noter aux poumons, sauf dans la fosse sus-épineuse droite où on remarque de la submatité, de l'augmentation des vibrations et un peu d'obscurité.

Rien au cœur.

Il n'y a pas de bruits anémiques dans les veines du cou.

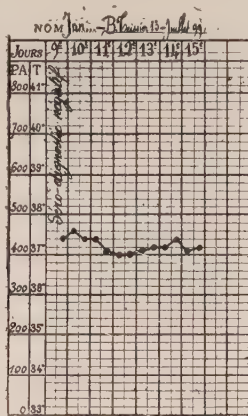
Les urines ne contiennent pas d'albumine.

La température oscille autour de 37°.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 9^e jour (1^{er} juillet).

15 juillet. — La malade part complètement guérie.

TRACÉ XXIII



OBSERVATION CLIV

EMBARRAS GASTRIQUE. — SÉRO-DIAGNOSTIC NÉGATIF.

R..., Joseph, 19 ans.

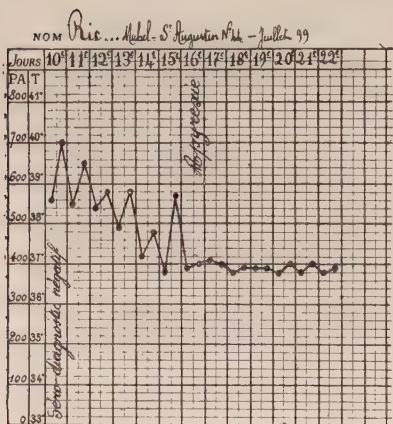
Entré le 6 juillet 1899, salle St-Augustin, n° 44, service de M. Bondet.

6 juillet. — Rien à noter dans les antécédents tant héréditaires que personnels du malade.

Il y a dix jours, celui-ci a commencé à avoir de la céphalée, des épistaxis, de la fièvre. La céphalée a disparu rapidement. Les épistaxis se sont répétées trois jours consécutifs. La diarrhée est apparue avant-hier.

Actuellement (10^e jour) : le malade accuse de la lassitude. La céphalée ayant disparu, il dort bien.

TRACÉ XXIV



La langue est un peu saburrale.

Il n'y a pas de taches rosées.

Le malade présente de l'anorexie, une soif assez vive. La diarrhée est peu abondante.

Il n'y a pas de ballonnement du ventre. On sent quelques gargouillements dans la fosse iliaque droite où la palpation n'est pas douloureuse.

La rate paraît, à la percussion, augmentée de vo-

lume. A la palpation et dans les grands mouvements d'inspiration on sent son bord affleurer le rebord costal.

Le malade ne tousse pas, ne crache pas. L'auscultation des poumons révèle quelques râles bronchiques disséminés.

La pointe du cœur bat dans le 4^e espace en dedans du mamelon. A l'auscultation, on constate un assourdissement considérable du premier bruit. La matité précordiale est peut-être un peu augmentée d'étendue.

Le pouls est à 100. Il est régulier, mais un peu petit.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

La température est assez élevée.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 10^e jour (6 juillet).

OBSERVATION CLV

EMBARRAS GASTRIQUE. — ANGINE. — SÉRO-DIAGNOSTIC NÉGATIF.

R..., Pierre, 17 ans.

Entré le 8 juillet 1899, salle St-Augustin, n° 19, service de M. Boudet.

8 juillet. — Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels, le malade a eu, il y a six mois, une fièvre muqueuse qui a duré deux mois.

Il y a quatre à cinq jours, le malade, qui ne ressentait aucun malaise, eut une épistaxis. Dans le courant de la même journée, il fut atteint d'une céphalée qui a persisté. Il eut une nouvelle épistaxis hier. Il n'eut jamais de diarrhée. Il souffre un peu dans la région épigastrique depuis hier.

Actuellement (5^e jour) :
la céphalée persiste, assez vive. Le malade n'a pas d'agitation, il dort bien, mais rêve un peu.

La langue est normale.

Il n'y a pas de taches rosées.

Le malade ne présente ni constipation, ni diarrhée, mais il a de l'anorexie.

Le ventre n'est pas ballonné. On sent du gargouillement dans la fosse iliaque droite.

La rate n'est pas augmentée de volume.

Le malade accuse une légère douleur continue dans toute la région sus-ombilicale.

Il ne tousse pas. Rien au poumon.

Rien au cœur.

Il n'y a pas de température.

11 juillet. — La langue est un peu saburrale.

Il y a toujours un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite.

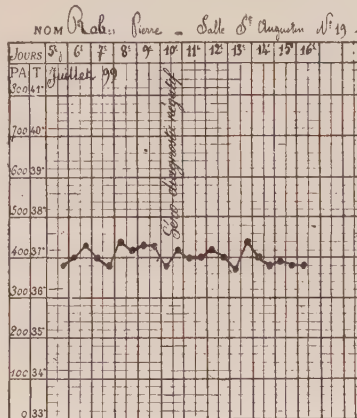
Le malade présente un peu de diarrhée.

13 juillet. — Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 10^e jour.

15 juillet. — L'état du malade est toujours le même.

On sent encore un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite.

TRACÉ XXV



Il n'y a pas de taches rosées.

Pas d'épistaxis.

17 juillet. — La langue est un peu chargée.

Le gargouillement persiste dans la fosse iliaque.

La céphalée diminue. L'appétit commence à revenir.

Le pouls est à 60 pulsations.

29 juillet. — Il y a trois jours, le malade s'est levé et a eu un peu d'embarras gastrique.

Hier la température était de 39° 5.

Aujourd'hui il y a un commencement d'angine.

On remarque encore un gargouillement dans la fosse iliaque droite.

Le pouls est à 120 pulsations.

7 août. — Le malade continue à avoir de la fièvre depuis le début de l'angine.

On découvre des ganglions sous-maxillaires.

Dans le pharynx se trouvent des plaques blanches. L'examen microscopique montre qu'il s'agit de muguet.

La température est de 38° 5.

9 août. — L'apyrexie est complète.

OBSERVATION CLVI.

EMBARRAS GASTRIQUE FÉBRILE. — SÉRO-DIAGNOSTIC NÉGATIF.

G. . ., Alexandrine, 16 ans.

Entrée le 22 juillet 1899, salle Ste-Clotilde, n° 16, service de M. Roque.

22 juillet. — Rien de particulier dans les antécédents héréditaires.

La santé personnelle de la malade a toujours été débile. Elle a eu la rougeole dans l'enfance. A neuf ans elle eut une maladie grave qui dura plusieurs mois et sur laquelle elle donne des renseignements douteux. Elle est domestique à Lyon, depuis un an, dans des conditions matérielles assez pénibles.

Les troubles actuels datent de quatre jours, à la suite de travaux pour lesquels la malade aurait eu les pieds mouillés pendant plusieurs heures. Elle eut des frissons et une sensation de malaise général et de courbature. Elle fut prise de céphalée et présenta de l'inappétence sans vomissements, une diarrhée peu marquée et enfin surtout des douleurs abdominales.

A son entrée (5^e jour) : Bien que la température n'ait pas dépassé 38 degrés, la malade accuse une vive céphalée et des douleurs abdominales. La céphalée est surtout frontale. Il n'y a rien à la nuque, rien sur le trajet de la cinquième paire. La malade se plaint de bourdonnements d'oreilles, de vertiges et de rares épistaxis.

La langue est saburrale, rouge aux bords, un peu blanche au centre, mais humide. Il n'y a rien à la gorge.

On ne trouve pas de taches rosées.

L'abdomen est souple et non ballonné. La malade localise des douleurs vives dans la fosse iliaque droite, douleurs spontanées et exagérées par la pression. On n'y perçoit, du reste, pas de gargouillement, ni d'empâtement profond. Ces douleurs étaient plus marquées hier au niveau de l'hypochondre droit.

Il n'y a pas de matité splénique perceptible.

La malade ne présente pas de diarrhée actuelle. Cependant, sous l'influence de lavements purgatifs, la malade a eu des selles non moulées, mais peu nombreuses.

Il n'y a rien aux poumons.

Rien au cœur ; pas de tachycardie ; peut-être un peu d'arythmie d'ordre émotif.

23 juillet. — Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 6^e jour.

24 juillet. — L'état général de la malade s'est amélioré, depuis son entrée. La température, peu élevée au début, s'est abaissée à l'apyrexie. L'inappétence persiste, mais la céphalée et les douleurs abdominales se sont amoindries.

L'urine est assez abondante et peu colorée.

2 août. — La malade quitte le service complètement guérie.

OBSERVATION CLVII

EMBARRAS GASTRIQUE. — NÉVROPATHIE. — SÉRO-DIAGNOSTIC
NÉGATIF.

C..., Marie, 26 ans.

Entrée le 7 août 1899, salle Sainte-Clotilde, n° 17, service de
M. Roque.

7 août. — Rien à noter dans les antécédents de la malade.

Les accidents actuels datent du 4 août. Il n'y a pas eu de troubles antérieurs, pas de maux de tête. La malade a été, au cours d'une promenade, prise de douleurs de tête très vives. Ces douleurs, à début brusque, localisées d'abord à toute la région crânienne, à la nuque et au cou, se sont étendues à l'abdomen et à tous les membres. En même temps la malade perdit l'appétit. Elle n'eut ni vomissements, ni diarrhée absolue, les matières fécales étant fétides et noirâtres. L'abdomen était douloureux et tendu. L'insomnie était lourde, absolue. La malade n'a pas eu d'épistaxis. Sa plus haute température n'a pas dépassé 38°7.

Actuellement (4^e jour) : la langue est normale.

Il n'y a pas de taches rosées.

L'abdomen n'est pas météorisé, mais il est douloureux au palper, surtout dans la fosse iliaque droite. Il y a un gargouillement léger à ce niveau, comme, du reste, dans l'hypochondre droit.

La matité splénique est peu marquée.

Aux poumons, on trouve des signes de bronchite légère à droite.

Il n'y a rien au cœur. La pointe est dans le 5^e espace. Les battements sont réguliers. Le pouls est à 80.

La malade n'accuse que son insomnie et une douleur de tête très vive, avec une sensation de broiement dans tous les membres. Elle souffre du ventre, surtout à la palpation. Elle ne présente pas de vomissements, pas d'épistaxis. La diarrhée persiste un peu marquée.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

La température, de 38°3 à l'entrée, était de 37°6 à 6 heures du soir.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 4^e jour.

15 août. — La malade sort complètement guérie.

OBSERVATION CLVIII

EMBARRAS GASTRIQUE FÉBRILE. — SÉRO-DIAGNOSTIC NÉGATIF.

S..., Marie, 24 ans.

Entrée le 11 septembre 1899, salle Sainte-Clotilde, n° 15, service de M. Roque.

11 septembre. — Le père de la malade est rhumatisant et est atteint d'une bronchite chronique, probablement bacillaire. Elle a deux sœurs atteintes de néphrite, dont une bacillaire.

Personnellement, la malade a déjà été atteinte d'une affection semblable à celle qui l'amène aujourd'hui, il y a cinq ans environ. Elle fut diagnostiquée d'abord fièvre typhoïde, puis méningite. Au bout de quinze jours, les symptômes s'amoin-drirent et la malade guérit.

L'affection actuelle date de quelque temps. Il y a un mois, la malade se plaignait de faiblesse, puis de malaises généralisés. Cependant, elle put continuer son travail jusqu'au 1^{er} septembre, sans trop de peine. Elle fut prise d'un frisson assez violent et d'une céphalée très pénible. Après l'ingestion d'une boisson chaude et d'un enveloppement de linges chauds, le frisson cessa. Il ne fut suivi ni de point de côté, ni de toux. Le lendemain, au réveil, elle ressentit un profond abattement. Elle souffrait beaucoup de la tête. Un médecin, appelé il y a trois jours, constata une température élevée. La malade n'a pas vomi, n'a pas eu d'épistaxis, pas de diarrhée.

A son entrée (11^e jour) : la malade est très abattue, très faible. La céphalée est légère, mais continue. On note de l'insomnie. L'appétit n'est pas complètement disparu.

La langue est recouverte d'un enduit épais, légèrement humide.

Il n'y a pas de taches rosées.

L'abdomen est un peu douloureux, mais il n'est ni météorisé, ni excavé. Malgré la palpation douloureuse, la paroi se laisse déprimer facilement.

La malade a souffert de la constipation jusqu'à aujourd'hui. Deux lavements, donnés cette nuit, ont ramené des matières liquides.

La malade a un peu vomi ce matin.

Elle tousse un peu, mais n'est pas oppressée. Elle ne présente pas d'expectoration.

On ne remarque pas de troubles nerveux bien marqués, pas de crampes, pas de délire.

La rate n'est pas augmentée de volume.

Aux poumons : les sommets sont libres; les bases semblent un peu engorgées; on y entend, par moments, quelques râles muqueux.

Il n'y a rien au cœur. Le pouls est à 120 pulsations, non dicrote.

La température dépasse 39 degrés.

13 septembre. — La malade a un peu d'insomnie et de vertige. Elle n'a pas de douleurs abdominales.

La langue est encore saburrale.

On ne trouve toujours pas de taches rosées.

La température est descendue à 36°8.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 13^e jour.

15 septembre. — L'état de la malade est excellent.

20 septembre. — La malade demande sa sortie.

OBSERVATION CLIX

EMBARRAS GASTRIQUE OU COLI-BACILLOSE. — SÉRO-DIAGNOSTIC
NÉGATIF.

H..., Marie, 17 ans.

Entrée le 11 septembre 1899, salle Sainte-Blandine, n° 16,
service de M. Audry.

11 septembre. — La maladie actuelle a commencé le 7 septembre.

Actuellement (5^e jour) : la malade présente les symptômes cliniques habituels de l'embarras gastrique. Il n'y a rien de particulier.

Il n'y a pas de taches rosées.

La malade a eu des vomissements et un peu de diarrhée.

La température monte, aujourd'hui, à 40 degrés.

13 septembre. — Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 7^e jour.

20 septembre. — L'apyrexie est complète.

La terminaison est la guérison.

OBSERVATION CLX

EMBARRAS GASTRIQUE FÉBRILE. — SÉRO-DIAGNOSTIC NÉGATIF

G..., Louis, 21 ans.

Entré le 11 septembre 1899, salle Ste-Jeanne, n° 27, service de M. Teissier.

11 septembre. — Rien à noter dans les antécédents héréditaires du malade.

Celui-ci a eu une ostéomyélite, il y a 3 ans, ayant laissé une cicatrice douloureuse et un peu exubérante.

Il y a 15 jours le malade a ressenti une faiblesse générale, accompagnée de courbature et d'un état de prostration très marqué, lui interdisant tout travail. Pendant les dix premiers jours, il n'a eu qu'une céphalée légère, de l'inappétence et quelques douleurs abdominales dans la fosse iliaque gauche. Mais, depuis cinq jours, sont apparus des vomissements peu abondants, mais répétés et de saveur amère. Les douleurs abdominales se sont accrues. La diarrhée est apparue. Le ventre s'est un peu météorisé.

A son entrée (16^e jour) : le faciès est pâle, un peu grippé et tiré ; les yeux sont légèrement excavés.

La langue est rouge avec un léger enduit blanchâtre, mais n'a pas l'aspect typhique.

Il n'y a pas de taches rosées nettes.

L'abdomen est légèrement météorisé. Le tympanisme y est assez marqué. Les douleurs abdominales sont peu intenses, sans empâtement ni gargouillement.

Il y a une diarrhée assez fréquente.

La céphalée est légère. Il n'y a pas de troubles cérébraux.

On ne remarque pas d'épistaxis, pas de bourdonnements d'oreilles.

Le foie est indolore, il n'y a pas de matité splénique.

Aux poumons, on ne note rien d'anormal, sauf une dyspnée légère.

Au cœur, les battements sont réguliers et normaux. Le pouls est bon.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

La température est de 37°7 à l'entrée.

14 septembre. — Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 19^e jour.

30 septembre. — Le malade quitte le service, guéri.

OBSERVATION CLXI

EMBARRAS GASTRIQUE FÉBRILE. — SÉRO-DIAGNOSTIC NÉGATIF

G..., Jules.

Entré en septembre 1899, salle Ste-Marguerite, service de M. Bard.

Le malade a présenté tous les symptômes classiques de l'embarras gastrique fébrile.

La fièvre à l'hôpital a eu une durée de 10 jours.

22 septembre. — Le **séro-diagnostic** est *négatif*.

OBSERVATION CLXII

EMBARRAS GASTRIQUE FÉBRILE. — SÉRO-DIAGNOSTIC NÉGATIF

P..., Laurent, 18 ans.

Entré le 29 septembre 1899, salle St-Augustin, n° 30, service de M. Bondet.

29 septembre. — Rien de particulier dans les antécédents héréditaires et personnels du malade.

L'affection actuelle a débuté lundi, 25 courant, par de la courbature et de la céphalée. Le malade s'alite le lendemain. Il n'eut ni diarrhée ni épistaxis.

Actuellement (5^e jour) : la céphalée a beaucoup diminué. Le malade présente de l'anorexie et une soif vive.

La langue est un peu blanche, dépouillée sur ses bords.

Il n'y a pas de taches rosées.

Le ventre est un peu douloureux. On trouve du gargouillement dans les deux fosses iliaques.

La matité splénique est de 3 à 4 travers de doigt.

Il n'y a toujours pas de diarrhée.

Le malade ne tousse pas.

Il n'y a rien aux poumons.

Au cœur, on note un dédoublement du second bruit assez constant; le premier bruit est un peu sourd.

Le pouls est à 60; il est dicrote et régulier.

30 septembre. — Le malade a beaucoup transpiré cette nuit.

2 octobre. — L'état général est bon.

Le pouls est à 60.

3 octobre. — L'apyrexie est complète.

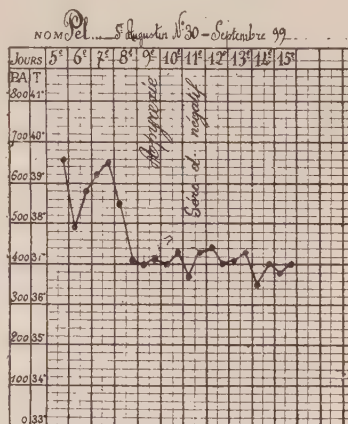
4 octobre. — On trouve toujours du gargouillement.

Il n'y a pas de matité splénique.

5 octobre. — Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 11^e jour.

16 octobre. — Le malade quitte le service, guéri.

TRACÉ XXVI



Pour montrer combien est fictive la distinction de certains embarras gastriques fébriles et de la typhoïdette, nous donnons ci-après, uniquement à titre de curiosité, deux observations que le clinicien hésiterait certainement un peu à ranger dans l'une des deux catégories. L'ensemble des symptômes garde un caractère vague. La courbe thermique rappelle une défervescence lente, en lysis prolongé. Et, cependant, le séro-diagnostic a été positif, mais d'une façon anormale.

Voici ces deux observations :

OBSERVATION CLXIII

TYPHOÏDETTE. — SÉRO-DIAGNOSTIC POSITIF.

C...

Entré le 27 octobre 1899.

27 octobre. — Rien de particulier dans les antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels le malade a eu, dans son enfance, la coqueluche, puis la rougeole. En somme, rien de particulier non plus.

La maladie actuelle a débuté assez brusquement, après des fatigues physiques, par de la céphalée, de l'anorexie et un malaise général. Pendant deux jours, le malade put continuer à travailler, diminuant son état de malaise par l'ingestion d'antipyrine. Les nuits étaient sans sommeil.

Actuellement (3^e jour) : l'état général est toujours le même. La céphalée persiste. La faiblesse générale est seulement augmentée.

Il n'y a pas de symptômes digestifs bien marqués, sauf de la constipation.

Il n'y a pas de sensibilité abdominale. On note un météorisme très léger.

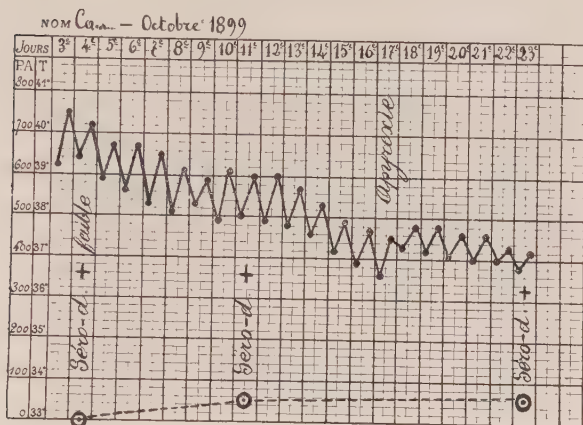
On ne trouve pas de taches rosées.

Il y a un peu d'hypertrophie de la rate.

Le malade tousse un peu. Rien aux poudrons.

28 octobre. — Comme la température est montée hier, dans l'après-midi, au-dessus de 40°, on institue la méthode de Brand, avec des bains toutes les trois heures, au-dessus de 38°5.

TRACÉ XXVII



Le **séro-diagnostic** est faiblement *positif* le 4^e jour.

A 1 pour 10 : agglutination complète (amas).

A 1 — 30 : agglutination très incomplète (quelques petits amas douteux avec de nombreux bacilles mobiles).

4 novembre. — La céphalée a cédé, au bout de quelques jours, à l'application de glace.

On ne trouve toujours pas de taches rosées.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 11^e jour.

A 1 pour 10 : agglutination complète (amas).

A 1 — 30 — —

A 1 — 50 — —

19 novembre. — La température a suivi une marche décroissante normale. L'apyrexie commence aujourd'hui.

Le malade a pris quarante-huit bains.

On n'a jamais découvert de taches rosées, malgré une recherche soigneuse effectuée chaque jour.

16 novembre. — Le **séro-diagnostic** est *positif* le 23^e jour.

A 1 pour 10 : agglutination complète (amas).

A 1 — 50 — —

A 1 — 60 — —

En deux heures.

23 novembre. — La guérison est complète.

OBSERVATION CLXIV

NÉVROPATHIE. — IMPALUDISME ANCIEN. — EMBARRAS GASTRIQUE FÉBRILE. — SÉRO-DIAGNOSTIC POSITIF, PUIS NÉGATIF.

P..., Marie, femme P..., 44 ans.

Entrée le 29 septembre 1899, salle Ste-Clotilde, n° 15, service de M. Roque.

29 septembre. — Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

Personnellement, la malade; mariée à 20 ans, a eu une fille morte, à 15 ans, de phtisie. Elle n'a pas eu de fausse couche. Il y a huit ans, elle a eu des accès de fièvre intermittente à la suite d'un séjour autour des étangs de la Dombe.

Il y a déjà plus d'un mois qu'elle se plaignait de son état qui allait en s'affaiblissant ; elle n'avait plus de force, elle était abattue.

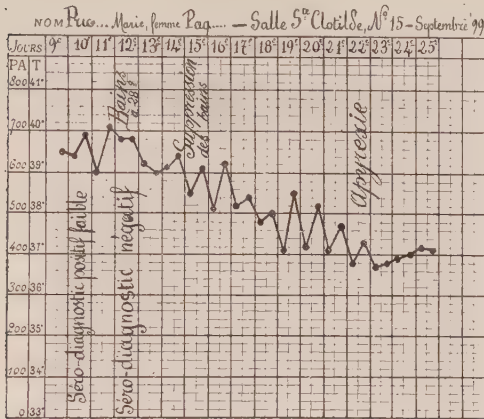
C'est vendredi dernier, il y a huit jours aujourd'hui, qu'elle se sentit plus fatiguée. Elle se plaignait de douleurs stomacales assez violentes et de céphalée. Néanmoins, elle put continuer son travail jusqu'à lundi.

Ce jour-là, la céphalée augmentant, la malade dut s'aliter. Elle se purgea le lendemain et les contractions douloureuses de l'estomac et de l'intestin devinrent plus fréquentes. Elle eut quelques vomissements. Durant ces jours, la malade n'a pas eu d'accès d'impaludisme franc, mais seulement quelques frissons passagers sans stade de transpiration. On lui donna

de la quinine. Depuis deux jours, elle a une fièvre continue, s'élevant à près de 40°.

Actuellement (9^e jour) : la malade est toujours abattue. Elle n'a pas d'appétit. Les vomissements continuent ; elle a vomi du lait pris pendant la nuit.

TRACÉ XXVIII



La diarrhée, qui existe depuis que la malade s'est purgée, continue encore. Les selles sont cependant peu nombreuses (il n'y en a pas eu cette nuit).

Il n'y a pas de toux, pas d'expectoration. Il existe un peu de dyspnée résultant des crampes stomacales.

La céphalée est peu intense. Il n'y a pas eu de céphalée occipitale.

L'insomnie persiste. La malade est surtout sans forces.

Il n'y a pas de bourdonnements d'oreilles.

Avant-hier, la malade a eu une légère épistaxis.

Les mictions sont peu abondantes. Les urines se sont beaucoup chargées.

Les règles sont régulières.

A l'examen du tube digestif :

La langue est chargée, blanche. Cependant, elle n'a pas un aspect mauvais.

La bouche et l'arrière-bouche sont normales.

L'abdomen est un peu ballonné.

Il n'y a pas de taches rosées.

La palpation réveille une douleur très vive, superficielle au niveau du creux épigastrique. La paroi se contracte violemment et on ne peut palper profondément. On ne sent cependant rien d'anormal.

Il existe un peu de douleur dans les deux fosses iliaques, surtout à droite. On ne trouve pas de gargouillement.

La zone péri-ombilicale est souple, non douloureuse.

La région splénique est insensible. La rate se sent sous les fausses côtes. La matité longitudinale est de quatre travers de doigt.

Au cœur, les bruits sont frappés un peu forts, sans arythmie.

Au foyer mitral, le premier bruit est un peu soufflant, mais ce souffle ne se propage nullement dans l'aisselle. On n'entend rien aux autres foyers.

Le pouls est régulier, un peu tendu, à 96 pulsations.

Aux poumons : l'auscultation ne révèle rien.

30 septembre. — Les urines sont très chargées, avec un dépôt considérable. Elles présentent un disque net d'albumine.

On donne les alibiles de la dothiéntérie et, en plus, deux cachets de :

Salicylate de bismuth.....	0 gr. 50
Benzonaphtol.....	0 gr. 25

Le **séro-diagnostic** est *positif faible* le 10^e jour.

A 1 pour 10 : agglutination presque complète.

A 1 pour 30 : agglutination négative.

2 octobre. — La malade est mise aux bains à 28 degrés.

Son état général reste satisfaisant. Il existe un peu de céphalée et de bourdonnements d'oreilles.

On note quelques taches suspectes sur l'abdomen.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 12^e jour.

5 octobre. — On supprime les bains aujourd'hui.

15 octobre. — La malade est dans un bon état.

30 octobre. — Il n'existe plus de troubles digestifs depuis quelques jours.

La malade sort guérie.

L'examen des observations précédentes montre que les maladies dont il s'agit ici sont cliniquement des typhoïdettes. Dans l'une, cependant (obs. CLXIII), le séro-diagnostic est positif dès le quatrième jour. Dans l'autre il est positif faible, ou douteux, le dixième jour et négatif le douzième jour. Peut-être, dans cette dernière, le séro-diagnostic serait-il devenu positif plus tard.

En tous cas, telles qu'elles se présentent à notre observation, ce sont des formes intermédiaires se rapprochant, au point de vue clinique, aussi bien de l'embarras gastrique que de la typhoïdette, que de la fièvre typhoïde, et pour lesquels le séro-diagnostic ne donne de certitude que dans un cas, alors difficile à classer. Aussi, nous les mentionnons à part, comme cas limites, pour montrer l'existence de formes de transition.

DISCUSSION DES RÉSULTATS ET CONCLUSIONS.

I. — En somme, sur une série de 29 cas d'embarras gastriques fébriles et de typhoïdettes, pour lesquels on a eu recours au séro-diagnostic, les résultats ont été tantôt positifs, tantôt négatifs.

Si nous nous reportons au tableau V, et si nous

résumons les indications qui y sont contenues, nous obtenons les résultats suivants :

Nombre d'observations.....	29
Nombre de cas positifs.....	9
Nombre de cas négatifs.....	20

Ces 29 observations ont nécessité 35 séro-réactions qui peuvent se grouper ainsi :

Nombre de réactions.....	35
Nombre de réactions positives.....	13
Nombre de réactions négatives.....	22

II. — Si l'on admet la valeur absolue du séro-diagnostic, le simple exposé des résultats précédents nous permet déjà de formuler les conclusions suivantes :

a). Il y a sûrement des embarras gastriques fébriles qui sont dus au bacille d'Eberth et qui, par conséquent, doivent être rapprochés des formes atténuées de la fièvre typhoïde.

b). Un certain nombre de cas, à séro-diagnostic négatif, sembleraient, à première vue, devoir être rattachés à une autre cause que l'infection éberthienne. Ceci est certainement vrai pour quelques-uns d'entre eux. Mais la séro-réaction n'ayant été cherchée qu'une fois pour chaque malade, nous ne pouvons conclure d'une façon formelle dans ce sens. Nous sommes seulement autorisé à regarder ces cas comme douteux et de nature indéterminée.

III. — L'examen du tableau V et les réflexions succinctes que nous avons faites précédemment, au sujet des résultats obtenus, nous suggèrent une remarque importante sur le moment où apparaît la séro-réaction dans les embarras gastriques fébriles.

M. Courmont a établi d'une façon bien nette que :

Pour les formes normales de la fièvre typhoïde, il existe, le plus souvent, une marche du pouvoir agglutinant cyclique, régulière, avec une période d'ascension pendant la période d'état, maximum au moment de la défervescence, descente progressive ou rapide au moment de la convalescence.

Or, dans ceux de nos cas d'embarras gastrique fébrile où le séro-diagnostic a été positif, nous voyons que, pour les six observations où la séro-réaction n'a été cherchée qu'une fois, elle n'est apparue qu'au début de la période apyrétique, ou même après la chute complète de la température, les deux extrêmes étant quatre jours avant et quatre jours après ce moment là.

Dans le septième cas (Obs. CL) le séro-diagnostic a été deux fois positif, mais deux jours et cinq jours après l'apyrexie définitive, c'est-à-dire en pleine période de convalescence. Nous voyons donc déjà apparaître un caractère un peu spécial de la séro-réaction dans l'embarras gastrique fébrile.

Mais, dans les deux observations suivantes, où le séro-diagnostic a été cherché pendant la maladie et en pleine convalescence, nous voyons cette remarque se préciser. L'observation B... (Obs. CLI) et l'observation L... (Obs. CLII) vont nous prouver,

d'une façon absolue que la réaction agglutinante peut s'accuser surtout après la chute de la température.

Dans l'observation B... le séro-diagnostic, négatif d'une façon absolue le treizième jour de la maladie, devient positif à 1 pour 30 seulement le dix-huitième jour, et à 1 pour 100 les dix-neuvième et vingt-deuxième jours, et, pourtant, à ce moment-là, le malade était considéré comme absolument guéri et il y avait apyrexie depuis le quatorzième jour.

Il en est de même dans l'observation L. Le séro-diagnostic est négatif le sixième jour, ce qui n'a rien d'étonnant, mais devient positif à 1 pour 50 et 1 pour 60 les onzième et quinzième jours, alors qu'il n'y a plus de fièvre depuis le huitième jour.

Dans ces observations, la courbe agglutinante ne s'est donc montrée qu'au moment de la défervescence de la température, et s'est d'autant plus accentuée qu'on dépassait davantage le jour de l'apyrexie complète.

Il découle de tout ce que nous venons d'exposer que la courbe agglutinante semble suivre, dans certains embarras gastriques fébriles, une marche analogue à celle que M. Courmont a démontré être la normale dans les fièvres typhoïdes moyennes, c'est-à-dire ascension de la courbe au moment de la guérison. Mais, ici, comme le pouvoir agglutinant reste très faible en raison du peu de longueur de l'infection et que, d'autre part, le symptôme fièvre s'efface très rapidement, la courbe agglutinante ne s'élève un peu qu'en pleine période d'apyrexie, montrant

que les réactions humorales peuvent suivre leur marche, alors même que les symptômes thermiques ont disparu.

Nous pouvons en tirer deux conséquences pratiques :

1^o Au point de vue du séro-diagnostic, si l'on veut être certain de la nature éberthienne d'un embarras gastrique, il faut rechercher la réaction agglutinante le plus souvent possible et notamment en dehors de la période fébrile, pendant les premiers jours de l'apyrexie ou de la convalescence, puisqu'elle peut ne se montrer qu'à cette période-là.

2^o Au point de vue thérapeutique, il peut être imprudent d'alimenter trop tôt les embarras gastriques qui présentent cette séro-réaction tardive.

Ce qui prouve encore mieux ce que nous venons d'avancer, c'est l'examen des cas négatifs.

Nous avons vingt observations de ce genre. La séro-réaction n'a été cherchée qu'une fois dans chaque cas. Elle a toujours été négative.

Evidemment, il y a des cas qui ne sont probablement pas des cas à bacille d'Eberth, mais il est bien probable aussi que, sur ces vingt cas, un grand nombre aurait montré une séro-réaction positive si on l'avait cherchée plusieurs fois et, surtout, à la convalescence. En effet, sauf dans cinq cas, on a toujours cherché en période fébrile et, dans ces cinq autres cas, on n'a cherché que dans les trois premiers jours de l'apyrexie.

D'ailleurs, au point de vue doctrinal, l'absence de réaction agglutinante, constatée même tout le

temps, ne nous semble pas un argument suffisant contre la nature éberthienne de la maladie, pour les deux raisons suivante :

a). Il y a des fièvres typhoïdes avérées qui, par exception, ne donnent pas la séro-réaction.

b). Certains embarras gastriques ne donnent qu'une séro-réaction très faible et que l'on peut laisser échapper.

Donc, certains autres embarras gastriques peuvent bien, à plus forte raison, ne pas donner la séro-réaction. Mais, évidemment, dans ces cas-là, nous sommes absolument désarmés pour pouvoir dire s'il s'agit du bacille d'Eberth.

En résumé, il nous semble qu'il y a des transitions insensibles entre la fièvre typhoïde, la typhoïdette, l'embarras gastrique fébrile à séro-réaction positive et peut-être même certains cas d'embarras gastriques à séro-réaction négative. Puisqu'on peut voir des fièvres typhoïdes avérées sans température, ou même sans séro-diagnostic positif (Widal, Courmont), on conçoit que toutes les formes de l'infection à bacille d'Eberth sont possibles avec ou sans température, avec ou sans séro-réaction, avec ou sans la durée classique.

Toutefois, nous devons reconnaître que, s'il n'y a pas de limite absolue à établir entre ces différentes formes, au point de vue pathogénique, la distinction en fièvre typhoïde, embarras gastrique et typhoïdette demeurera toujours, mais au point de vue clinique.

Au point de vue du séro-diagnostic, les embarras

gastriques à séro-réaction positive sont, pour nous, des infections à bacille d'Eberth que l'on classera dans les typhoïdettes ou dans les embarras gastriques fébriles, selon le point de vue doctrinal auquel on se place. Les embarras gastriques à séro-réaction négative ne pourront être retranchés du cadre des infections à bacille d'Eberth qu'à la condition que la séro-réaction ait été faite tout le temps de la maladie et de la convalescence ; pour ces derniers cas seuls bien observés on peut conserver l'ancien cadre des embarras gastriques distincts de nature de la fièvre typhoïde.

IV. — De tout ce qui précède nous pouvons donc conclure d'une façon générale :

1^o Il y a lieu de considérer comme des *fièvres typhoïdes larvées* ou, tout au moins, des infections à bacille d'Eberth, un certain nombre de cas cliniques dits embarras gastriques, fébriles ou non, lorsque ces cas donnent le séro-diagnostic nettement positif.

2^o En général, cette séro-réaction n'est pas très forte. Elle ne s'est pas élevée, dans nos observations, au-dessus de 1 pour 50 pendant la période fébrile et de 1 pour 100 pendant l'apyrexie.

3^o Les cas à séro-diagnostic négatif, à un seul moment donné de la maladie, ne doivent pas être considérés sûrement comme tous dus à une autre cause que le bacille d'Eberth, parce que :

a). La séro-réaction, très fugace, peut passer inaperçue ;

b). Lorsqu'on ne fait qu'un examen du séro-diagnostic en période fébrile, on peut ignorer l'apparition du pouvoir agglutinant qui se fait souvent au moment de la convalescence.

TROISIÈME PARTIE

Le séro-diagnostic dans les Maladies autres que la Fièvre typhoïde.

CHAPITRE IV

Le séro-diagnostic chez les malades non typhiques.

Les observations que nous avons réunies dans ce chapitre sont celles dans lesquelles l'examen des symptômes a fait naître, chez le clinicien, l'idée d'infection éberthienne, mais où le diagnostic définitif, après l'évolution de la maladie, n'a pas été celui de fièvre typhoïde et dans lesquelles la séro-réaction a été appelée à fournir son contingent pour l'établissement du diagnostic à côté des différents signes cliniques.

Ces cas sont au nombre de 38 et ont nécessité 50 séro-réactions.

Nous les avons résumés dans le tableau VI. Dans la première colonne de gauche nous avons placé le diagnostic général de la maladie. La seconde colonne est réservée au nombre de cas positifs ou négatifs de chaque maladie. A côté de chaque chiffre nous indiquons les numéros des observations auxquelles il correspond. Dans la troisième colonne se trouve le nombre de séro-réactions qui ont été faites et, en face, les résultats obtenus. Nous avons ainsi trois colonnes pour les réactions positives, douteuses et négatives. On peut voir, du premier coup-d'œil, que la presque majorité des résultats s'est prononcée, comme l'examen clinique, pour éliminer le diagnostic de fièvre typhoïde.

Nous pouvons résumer le tableau suivant de la manière suivante :

Nombre de cas non typhiques.....	38
Nombre de cas positifs au 1 ^{er} examen.....	2
Nombre de cas douteux au 1 ^{er} examen.....	1
Nombre de cas négatifs au 1 ^{er} examen.....	35

D'autre part, les séro-réactions peuvent se classer ainsi :

Nombre de séro-réactions effectuées.....	50
Nombre de séro-réactions positives.....	2
Nombre de séro-réactions douteuses.....	1
Nombre de séro-réactions négatives.....	47

TABLEAU VI

Tableau du Séro-diagnostic chez les malades non typhiques

DIAGNOSTIC CLINIQUE	NOMBRE DE CAS		NOMBRE de réactions	SÉRO-RÉACTION		
	Positifs.	Négatifs.		Positive	Douteuse	Négative
Etats infectieux divers ressemblant clinique- ment à la dothièné- térie.	»	4 cas (Obs. CLXVIII, CLXIX, CLXX et CLXXI).	10	»	»	10
Méningites.	1 cas (O.CLXV).	6 cas (Obs. CLXXII, CLXXIII, CLXXIV, CLXXV, CLXXVI et CLXXVII).	8	1 (positif à 1 p. 30). (sera négat.)	»	7 (dont un déjà positif).
Septicémies. Granulées.	1 cas (O.CLXVI) »	1 cas (Obs. CLXXXVIII. 2 cas (Obs. CLXXXIX et CLXXX).	2 2	1 »	» »	1 2
Streptococcie. Impaludisme.	» »	1 cas (Obs. CLXXXI). 1 cas (Obs. CLXXXII).	2 1	» »	» »	2 1
Pneumonie.	»	2 cas (Obs. CLXXXIII et CLXXXIV).	2	»	»	2
Tuberculose pulmonaire	»	4 cas (Obs. CLXXXV, CLXXXVI, CLXXXVII et CLXXXVIII).	6	»	»	6
Congestion pulmonaire. Grippe.	» »	1 cas (Obs. CLXXXIX). 1 cas (Obs. CXC).	1 1	» »	» »	1 1
Ictères.	»	2 cas (Obs. CXCI et CXCI).	3	»	»	3
Hépatite alcoolique. Hépatite.	» »	1 cas (Obs. CXCI). 1 cas (Obs. CXCI).	1 1	» »	» »	1 1
Troubles intestinaux ?	1 cas (O.CLXVII)	1 cas (Obs. CXCV).	3	»	1 (douteux à 1 p. 10) (sera négatif)	2 (dont un déjà douteux)
Appendicite.	»	2 cas (Obs. CXCVI et CXCVII).	2	»	»	2
Diarrhée.	»	1 cas (Obs. CXCVIII).	1	»	»	1
Infection puerpérale. Absès périvaginal.	» »	1 cas (Obs. CXCI). 1 cas (Obs. CC).	1 1	» »	» »	1 1
Péricardite.	»	1 cas (Obs. CCI).	1	»	»	1
Maladie d'Addison.	»	1 cas (Obs. CCI).	1	»	»	1

Remarquons que le cas douteux (Obs. CLXVII) ayant été négatif à une seconde recherche, il en résulte que, sur les 38 cas de maladies autres que la fièvre typhoïde pour lesquels on a cherché la séro-réaction, 35 cas ont obtenu une réponse nettement négative dès le début, et dans 3 seulement celle-ci a été positive ou douteuse.

Par conséquent, dans ces 35 cas, ayant nécessité 46 séro-réactions, les résultats concordent avec le diagnostic clinique définitivement établi.

La recherche du séro-diagnostic ayant été faite, d'ailleurs, dans la plupart des cas, à un moment où certains symptômes faisaient penser à une fièvre typhoïde, l'absence d'agglutination a souvent contribué à faire écarter ce dernier diagnostic.

Dans 29 cas, le séro-diagnostic a été absolument négatif, c'est-à-dire que, même à 1 pour 10 et au bout de 2 heures, il n'y avait aucun signe d'agglutination.

Dans 6 cas, il y a eu une ébauche de séro-réaction, c'est-à-dire qu'à 1 pour 10 on a trouvé quelques rares amas, le plus souvent petits, et de nombreux bacilles mobiles, mais qu'à 1 pour 30 les bacilles étaient tous mobiles (1).

Dans ces cas la réponse du laboratoire a été : « *séro-diagnostic douteux, plutôt négatif* ». Seules les agglutinations incomplètes du début de certains cas de fièvre typhoïde donnent des réactions ana-

(1) C'est ce que M. P. Courmont, dans sa thèse, appelle la pseudo-réaction et qui se rencontre parfois avec des sérums non typhiques.

logues. Aussi avons-nous placé ces cas parmi les négatifs.

Pour ces 35 cas il ne peut donc y avoir de discussion possible. Ils confirment la règle et la valeur du séro-diagnostic de Widal.

Quant aux trois observations qui ont donné une réaction positive ou douteuse, elles vont être l'objet d'un examen particulier. Nous les exposons telles que nous les avons trouvées dans les services des hôpitaux et sans les résumer, comme nous l'avons fait pour les autres observations, afin de pouvoir plus facilement nous rendre compte si les symptômes qui ont fait naître chez le clinicien le doute ayant occasionné la recherche du séro-diagnostic, peuvent expliquer la possibilité d'une infection éberthienne avortée, ou, tout au moins, la différence qui existe entre la réponse du séro-diagnostic et l'investigation clinique définitive.

Nous allons les discuter séparément.

Voici la première de ces observations.

OBSERVATION CLXV

GRIPPE. — OTITE MOYENNE DOUBLE. — MÉNINGISME (?). — SÉRO-DIAGNOSTIC D'ABORD POSITIF PUIS NÉGATIF. — PAS D'EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE.

F... Alexandrie-Mélanie, 43 ans.

Entrée le 7 février 1900, salle Ste-Blandine, n° 16, service de M. Lyonnet.

7 février. — La malade arrive presque dans le coma. Il est impossible de tirer d'elle le moindre renseignement.

Comme antécédents héréditaires, son père est mort, âgé, d'un cancer; sa mère est morte à la suite d'une pleurésie (ces renseignements sont donnés par le mari).

Comme antécédents personnels, elle n'aurait jamais été malade, à part une affection grave, il y a 15 ans, et au cours de laquelle elle eut le délire. Elle est mariée, son mari est bien portant. Ils ont eu 5 enfants, tous morts en bas âge, avant 3 ans. Il y eut une fausse couche.

Depuis environ deux ans elle souffrait des oreilles et suivait un traitement pour cela,

Le dimanche, 23 janvier, elle était bien portante, elle va faire une promenade et, le soir, elle se plaint de courbature, de malaise général et de céphalée. Elle s'alite de suite et, le mardi, elle remarque un petit abcès. Depuis mardi elle présente du délire. En même temps elle se mit à tousser et l'attention des médecins qui la virent fut surtout attirée de ce côté-là.

Le dimanche, 3 février, elle a présenté de la contracture des mâchoires.

Depuis le début, le délire a persisté. La malade a toujours été obnubilée.

Hier, mardi, la malade a pris une syncope et est devenue très pâle. Sa famille fut très alarmée. Depuis, son teint, toujours pâle, l'est davantage.

La température, prise par la famille, a été de 38°9 vers le 3 février. Ce matin elle atteint 37°7.

Actuellement (11^e jour) :

On est en présence d'une femme très pâle, à reflets jaunes. Cependant il n'y a pas d'ictère des conjonctives. La malade est dans un demi-coma. Elle a pourtant toute sa connaissance. Si on lui parle elle cherche à répondre, émet quelques paroles, mais à voix si basse qu'elle ne peut être entendue.

On remarque un peu d'œdème des membres inférieurs.

Les oreilles ne présentent rien de particulier. On ne trouve rien non plus du côté des mastoïdes.

Du côté de l'appareil respiratoire, la malade tousse un peu et l'auscultation révèle quelques râles de bronchite diffuse.

Du côté de l'appareil circulatoire, la pointe du cœur bat dans le cinquième espace, en dedans du mamelon. Les bruits sont

bien frappés. Le premier semble un peu prolongé. Il n'y a pas de souffle.

Le pouls est bon, ample, sans hypertension appréciable au doigt. Il bat à 80 pulsations à la minute.

Du côté du tube digestif, on note des vomissements depuis deux jours. Ces vomissements, jaunes au début, sont aujourd'hui porracés. Ils sont très fréquents et suivent l'ingestion des aliments.

La malade, depuis le début de l'affection, est constipée. Elle a pris des lavements pour faire évacuer les matières. A son entrée, il existe une selle de coloration jaune foncé, ne présentant pas de sang.

La langue est très chargée, teinte en jaune par les vomissements.

L'abdomen est peut-être un peu ballonné. La palpation est partout un peu douloureuse. Mais on ne trouve pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite.

Il n'existe pas de taches rosées.

Le foie est normal.

La rate ne présente ni matité, ni hypertrophie.

Du côté de l'appareil génito-urinaire, depuis hier matin la malade n'a pas uriné et, depuis le début de l'affection, a de l'oligurie. Elle a été sondée à son entrée, la vessie renfermait à peine deux cents grammes d'une urine un peu rouge, légèrement louche, contenant un disque notable d'albumine et un disque d'urates.

La malade n'a pas de pertes, ni blanches, ni rouges.

Comme troubles du système nerveux, il existe la torpeur intellectuelle dont il a été parlé plus haut. Il n'y a pas de paralysie des muscles intrinsèques et extrinsèques de l'œil. Il n'y a pas de myosis.

Les réflexes rotuliens sont exagérés.

Les réflexes cornéens et pharyngiens sont abolis.

Il y a toujours de la céphalée.

8 février. — La malade a spontanément uriné beaucoup cette nuit.

On lui a fait, hier, une injection de sept cents grammes de sérum artificiel.

Cette nuit elle a eu plusieurs vomissements.

Ce matin il existe un peu de ptosis du côté gauche et une très légère inégalité pupillaire, la gauche étant la plus grande.

Il y a toujours le même coma.

9 février. — La malade répond un peu mieux aux questions qu'on lui pose.

Depuis hier il n'y a pas eu de vomissement; il n'y a plus d'oligurie : la malade perd ses urines.

La nuit dernière elle a eu un écoulement assez abondant par l'oreille gauche.

10 février. — On note le même état d'hébétude. Il n'y a pas de vomissements. La malade perd ses urines.

Elle présente un peu de constipation.

12 février. — Il n'y a plus de vomissements et toujours un peu de constipation.

On remarque un peu de subdélire.

L'état de la malade est le même. Il n'y a pas de paralysies.

Les signes notés du côté de la paupière et de la pupille gauches ont été fugaces; il n'existe plus rien de ce côté.

13 février. — Le **séro-diagnostic** est *positif* le 17^e jour (1^{er} jour d'apyrexie).

A 1 pour 10 : agglutination complète (amas très volumineux).

A 1 — 30 : amas plus petits, quelques bacilles mobiles.

A 1 — 50 : amas petits et peu nombreux, très nombreux bacilles mobiles.

16 février. — La malade va mieux, elle est moins hébétée. Elle répond un peu aux questions qu'on lui pose. Elle demande à manger. Il n'y a pas de subdélire.

Elle perd toujours ses urines; mais il n'y plus de vomissements.

Ce matin elle s'est levée pour laisser faire son lit; elle se plaint que la tête lui tourne.

La rate donne une matité de trois travers de doigt, mais ne se sent pas à la palpation.

22 février. — On remarque un peu de clonus du pied.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 26^e jour (10^e jour d'apyrexie).

25 février. — La malade sort peu à peu de sa torpeur.

Elle demande encore à manger.

1^{er} mars. — On ne voit plus d'écoulement par les oreilles, cependant la malade est un peu dure d'oreille.

Elle se lève et ne présente aucun signe de paralysie.

17 mars. — La malade sort complètement guérie.

Durant son séjour elle a eu de l'iodure de potassium; la température a oscillé entre 37° et 38°, n'atteignant qu'une fois 38°5.

Dans cette observation nous avons des symptômes d'infection généralisée et multiple avec des symptômes nerveux surajoutés (méningisme(?), otite moyenne double). La nature réelle de la maladie n'aurait pu être établie d'une façon définitive que par une autopsie ou un examen bactériologique du poumon ou de la rate ou du contenu des selles. Or, ni l'une ni l'autre de ces deux vérifications n'a pu être faite puisque la maladie s'est terminée par la guérison. En l'absence de tout critérium certain, nous ne pouvons savoir s'il ne s'agissait pas en réalité d'une infection éberthienne, comme le séro-diagnostic semblait l'indiquer le 17^e jour.

La seconde observation est celle d'une septicémie ayant présenté, à son entrée, quelques symptômes vagues ayant pu faire songer à une dothiéntérie possible.

OBSERVATION CLXVI

SEPTICÉMIE. — SÉRO-DIAGNOSTIC POSITIF. — A L'AUTOPSIE :
ABCÈS DU FOIE DE NATURE INDÉTERMINÉE (PAS D'EXAMEN BAC-
TÉRIOLOGIQUE). — GROSSE RATE INFECTIEUSE.

C..., Vincent, 60 ans.

Entré le 6 juin 1899, salle St-Eucher, n° 39, service de
M. Roque.

6 juin. — Le père du malade est mort à la suite d'un
refroidissement. Lui-même est marié et père de deux enfants
bien portants.

Personnellement, le malade n'a pas eu de maladie anté-
rieure. Il ne présente ni alcoolisme, ni rhumatisme, ni impa-
ludisme. Il est arrivé jusqu'à son âge sans être jamais arrêté.

Cependant, depuis un an, il se plaint de troubles digestifs.
Ses digestions étaient mauvaises. Souvent il vomissait de la
bile et ses aliments. Il eut même, l'année dernière, une fatigue
semblable, dit-il, à celle qui l'amène aujourd'hui. Il fut pris de
fièvre, de vomissements, de diarrhée, le tout accompagné
d'un état général mauvais. Cet état persista quelques jours. Il
subsista quelques troubles digestifs pendant toute l'année.
Le malade maigrit énormément et changea de teint. Il vomis-
sait souvent de la bile. Il n'a jamais eu d'hématémèse, ni de
mélœna.

L'affection actuelle a débuté il y a trois semaines. Le malade
prit froid. Il se sentit fatigué sans accuser cependant aucun
symptôme grave. Il ne présenta ni toux, ni vomissements.

Il y a quinze jours, l'appétit disparut. Il survint des vomisse-
ments alimentaires et surtout bilieux. Le malade ne toussa pas,
n'eut pas de signes fonctionnels cardiaques, pas d'épistaxis,
pas de délire.

Depuis deux jours s'est installée une diarrhée, formée de sel-
les abondantes très noires et très fétides, dit le malade.

A son entrée (15^e jour) : le malade arrive très amaigri, très
affaibli. Il a un teint jaunâtre terreux, des traits excavés. Sa

peau brûlante indique une température élevée. Il n'a pas l'aspect typhique.

Les troubles digestifs semblent être accusés. Le malade n'a pas d'appétit et présente des vomissements bilieux survenant irrégulièrement après une nausée. Il y a quelquefois des vomissements alimentaires si le malade mange un peu.

Ce dernier se plaint d'une douleur épigastrique légère pour laquelle il a mis un topique. Aujourd'hui elle a disparu, et il ne se plaint nullement de son abdomen.

A l'examen du tube digestif :

La langue est sèche, sale. L'haleine est fétide.

Il n'y a rien à la gorge.

L'abdomen est souple, très dépressible. Il n'existe pas de douleur sous l'épigastre, ni dans les fosses iliaques. On ne trouve pas de gargouillement.

Il n'existe pas de taches rosées.

Le malade présente une diarrhée noire, fétide. Il ne ressent ni difficulté, ni douleur pour aller à la selle.

La céphalée frontale est accusée. Il n'existe pas de vertiges, pas de bourdonnements d'oreilles, pas de douleur à la nuque, pas d'épistaxis, pas de délire.

La soif est abondante. Il n'y a pas de transpiration.

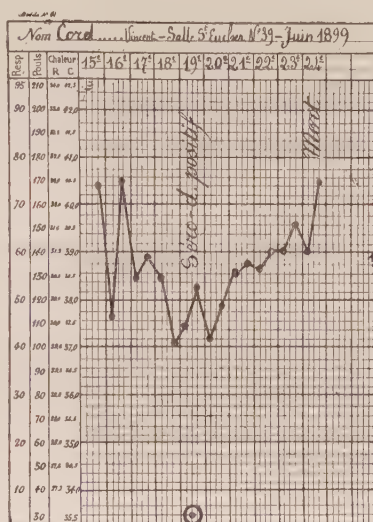
Aux poumons, on ne remarque rien à la percussion, ni à l'auscultation. Il n'y a pas de toux, pas de dyspnée. On ne trouve pas de foyer suspect de pneumonie.

Au cœur, on ne remarque rien.

Dans le système nerveux, il n'y a pas de troubles accusés.

Les urines sont claires, sans albumine.

TRACÉ XXIX



8 juin. — La fièvre continue. La langue est sèche.

Les urines présentent un disque assez épais d'albumine.

Le malade a eu un frisson à midi (cachets de quinine et salol).

9 juin. — Le malade souffre des deux côtés près des reins.

Les urines (500 gr.) sont rougeâtres, contiennent de l'albumine.

On ne trouve aucun œdème.

Aux poumons on trouve quelques râles aux bases. On place huit sangsues dans les triangles de J.-L. Petit.

10 juin. — L'état du malade est faible. On lui fait une injection de 500 grammes de sérum.

Le **séro-diagnostic** est *positif* le 19^e jour.

11 juin. — Le pouls est meilleur. Le malade est moins affaibli.

On lui fait une nouvelle injection de 500 grammes de sérum.

12 juin. — Les renseignements donnés par la femme du malade sont les suivants :

Le malade traînait depuis le mois de juin 1897. Son état est resté faible. Son appétit était irrégulier, ses digestions pénibles. Il y a trois semaines il eut des frissons, de la céphalée, une perte absolue de l'appétit qui alla en s'accroissant. Les urines étaient rares, foncées. Il y eut de la diarrhée.

Aujourd'hui le pouls est bon. On fait encore une injection de sérum.

La quantité d'urine est de 1.600 grammes. Elles ne contiennent presque pas d'albumine.

14 juin. — La température monte progressivement. On continue les injections de sérum. Les symptômes urinaires ont disparu. La diarrhée persiste.

16 juin. — Le malade est mort hier à 11 h. 1/2 du soir.

Le malade dont il est question ici a présenté une diarrhée noire et fétide et des symptômes d'infection généralisée, mais sans signes positifs de fièvre typhoïde. L'autopsie a montré l'existence d'un abcès du foie et d'une grosse rate infectieuse. Mais on n'a

fait l'examen bactériologique ni de l'abcès ni de l'organe. Nous ignorons donc si le bacille d'Eberth n'était pas réellement la cause première de ces localisations et ce cas ne prouve rien ni pour ni contre le séro-diagnostic.

La dernière observation concerne un alcoolique qui est entré à l'hôpital pour des troubles gastro-intestinaux consécutifs à des excès de boissons.

OBSERVATION CLXVII

ALCOOLISME. — PHÉNOMÈNES GASTRO-INTESTINAUX CONSÉCUTIFS
A UN REFROIDISSEMENT ET A DES EXCÈS ALCOOLIQUES. —
SÉRO-DIAGNOSTIC DOUTEUX, PUIS NÉGATIF.

B..., Hippolyte, 46 ans.

Entré le 17 février 1900, salle Saint-Pierre, n° 4, service de M. Roque.

17 février. — Le père du malade est mort, à 35 ans, d'une affection pulmonaire aiguë. Sa mère a 75 ans et est bien portante. Il a trois sœurs et deux frères en bonne santé. Un de ses frères est mort d'une affection intestinale.

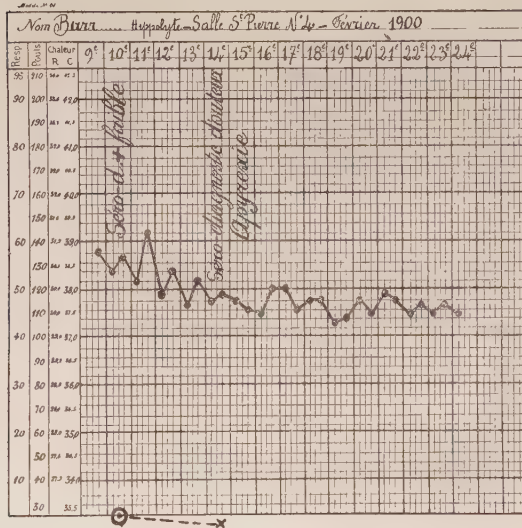
Personnellement le malade a eu la fièvre typhoïde à 20 ans, durant laquelle il resta six mois malade. Il présente de l'alcoolisme et reconnaît boire en moyenne trois litres de vin et vingt petits verres par jour. Il présente du tremblement des doigts, de la pituite matinale, mais pas de cauchemars.

La maladie actuelle a débuté il y a huit jours. Le malade avait fait, la veille, des excès alcooliques; mais il avait travaillé jusque-là sans aucun malaise. Le lendemain il avait mal à la tête et l'attribua aux excès de la veille. Il ne put manger. Tout le corps était douloureux. Il fit, néanmoins, son travail, mais le surlendemain il dut le cesser. Il avait des crampes douloureuses dans les membres inférieurs. La céphalée persistait. Le malade était frileux et présenta des frissons qui durèrent trois

à quatre jours. L'anorexie était absolue et, pendant les trois premiers jours, il vomissait tout ce qu'il prenait. Il s'est plaint de diarrhée et de coliques abdominales très fortes. Il présenta trois épistaxis hier matin.

C'est pour ces différents symptômes que le malade vient à l'hôpital.

TRACÉ XXX



A son entrée (9^e jour) : le facies est bon. Le malade n'est pas abattu et répond bien aux questions qu'on lui pose. Il ne présente pas l'aspect typhoïde.

Il a de l'insomnie depuis le début de la maladie, mais n'a jamais Jéliré.

Les bourdonnements d'oreilles, qui existaient la semaine dernière, ont cessé. La céphalée a aussi presque disparu et le malade ne se plaint que de ses épaules, surtout de l'épaule gauche qui est douloureuse au moindre mouvement.

L'anorexie persiste d'une façon complète. La soif est vive.

A l'examen du tube digestif, la langue est saburrale, un peu sèche. Le malade vomit quand il mange.

La diarrhée persiste (12 à 15 selles par jour), verdâtre, sans caractère bien précis. D'ailleurs, depuis six mois, le malade avait une diarrhée chronique qui lui donnait trois selles par jour et qui s'est exagérée à propos de l'affection actuelle.

Les douleurs abdominales n'ont pas cessé depuis le début de la maladie. Jour et nuit elles se manifestent comme coliques apparaissant immédiatement avant le besoin de la défécation, qui les suit d'ailleurs impérieusement. Le malade n'a pas remarqué de sang dans ses matières, n'a jamais ressenti ni ténesme, ni brûlure.

A l'examen de l'abdomen, ce dernier n'est pas météorisé. Il est douloureux à la pression sans point de localisation précise, sans prédominance nette sur un côté.

On ne trouve pas d'empâtement, ni de gargouillement limité.

Il n'y a pas de taches rosées.

On ne constate pas de matité splénique.

Le foie n'est pas hypertrophié.

Aux poumons l'auscultation ne révèle rien. Le malade tousse un peu depuis le début de sa maladie, mais il n'a pas de dyspnée. Il éprouve des lancées dans le côté, sans point de côté persistant.

Le cœur est normal. Sa pointe bat dans le cinquième espace, un peu en dedans du mamelon.

Aux reins, le malade ne présente pas de pollakiurie, pas de crampes, sauf pendant cette maladie.

La douleur de l'épaule semble bien articulaire, sans qu'on puisse voir à l'extérieur ni rougeur, ni tuméfaction.

19 février. — Le **séro-diagnostic** est *positif douteux* le 10^e jour, donnant seulement des probabilités en faveur de la fièvre typhoïde.

A 1 pour 10: agglutination incomplète (amas moyens et bacilles mobiles).

A 1 pour 30: agglutination incomplète (amas petits et bacilles mobiles).

A 1 pour 50: agglutination négative.

23 février. — Le **séro-diagnostic** est *douteux*, plutôt négatif le 14^e jour.

A 1 pour 10: agglutination incomplète (amas nombreux et bacilles mobiles).

A 1 pour 30: agglutination négative.

2 mars. — On trouve des râles fins en avant des poumons, des deux côtés.

Les crachats sont colorés.

Dans cette observation le malade a eu une diarrhée abondante, mais pas de signes cliniques de fièvre typhoïde, comme dans les deux cas précédents. Le séro-diagnostic ne donne qu'une réaction faible le dixième jour (atteignant à peine 1 pour 10) et celle-ci diminue encore quatre jours après. Les données fournies par le séro-diagnostic n'étaient donc pas très positives et, là encore, la question reste en suspens (faute d'autopsie ou d'examen bactériologique) de savoir s'il n'y avait pas quelque détermination à bacille d'Eberth dans le complexe général symptomatique.

En résumé, dans ces trois cas nous ne pouvons pas conclure en faveur du séro-diagnostic, puisque la clinique ne disait pas: fièvre typhoïde; mais nous ne pouvons pas conclure contre lui, puisqu'au demeurant il s'agit d'infections à marche un peu anormale et que nous n'avons aucun examen bactériologique positif ou négatif (seul criterium absolu dans cette question) pour confirmer ou infirmer la séro-réaction.

On doit donc, en bonne règle, mettre ces trois cas à part, comme des cas douteux dont les analogues demandent de nouvelles recherches, mais qui, jusqu'à présent, ne doivent pas entrer en ligne de compte

dans la discussion de la valeur du séro-diagnostic.

Par conséquent, en faisant abstraction de ces trois cas, on voit que les affections qui ne sont pas des fièvres typhoïdes ne donnent pas de séro-réaction positive.

Nous donnons, maintenant, le résumé des 35 observations de malades non typhiques, ayant donné constamment une séro-réaction négative. Nous les avons placées, suivant leur ordre d'inscription, dans le tableau VI.

OBSERVATION CLXVIII

ETAT FÉBRILE. — SÉRO-DIAGNOSTIC NÉGATIF.

... Eugène, 14 ans.

Entré en septembre 1899, salle St-Nizier, n° 26, service de M. Roque.

La durée de la maladie est de 24 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 14 jours.

Le maximum de température est de 40° 5 le 13^e jour.

Les taches rosées ne sont pas constatées le 11^e jour et le sont d'une façon suspecte le 15^e jour.

La gravité est moyenne.

On ne note pas de rechute.

Comme complications on constate de la toux, une faiblesse musculaire intense, et des épistaxis abondantes les 14^e et 15^e jours.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *négatif*.

Agglutination négative à 1 pour 10 le 7^e jour (7 septembre).

—	—	12 ^e	—
—	—	14 ^e	—
—	—	20 ^e	—
—	—	27 ^e	— (3 ^e j. d'apyr.).

OBSERVATION CLXIX

ETAT INFECTIEUX RESSEMBLANT CLINIQUEMENT A LA DOTHIÉNÉ-
TÉRIE.

T..., François, 18 ans.

Entré en septembre 1899, salle St-Nizier, n° 25, service de
M. Roque.

La durée de la maladie est de 18 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est 12 jours.

Le maximum de température est de 40° 3 le 8^e jour.

Les taches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est légère.

On ne note pas de rechute.

Comme complications on constate une faiblesse généralisée,
une céphalée intense et des vertiges considérables.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est : 1° *négatif* le 14^e jour (14 septembre).

A 1 pour 10 : ébauche d'agglutination insuffisante pour
un séro-diagnostic positif.

2° *négatif* le 20^e jour.

Le mélange a été fait avec deux cultures d'âge différent.
Dans aucune l'agglutination ne s'est produite, même à 1
pour 10.

3° *négatif* le 28^e jour.

A 1 pour 10 : le sang de ce malade donne une agglutination
très imparfaite (quelques amas de petite taille; nombreux
bacilles mobiles).

A 1 pour 30 : on n'a aucune agglutination.

La fièvre typhoïde ne peut donc être affirmée d'après ces
deux examens, surtout étant donné que l'affection de son
frère (1) a toujours donné un séro-diagnostic négatif.

On voit, en effet, certains sérums, non typhiques, donner,
rarement, il est vrai, cette agglutination imparfaite à 1
pour 10.

(1) T..., Eugène (Obs. CLXVIII).

OBSERVATION CLXX

FIÈVRE ?.

X...,

Entré en juillet 1899, salle B. Teissier, n° 1, service de M. Bondet.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 11 juillet 1899.

OBSERVATION CLXXI

ÉRYSIPELE IL Y A 4 ANS. — NÉPHRITE ÉRYSIPÉLATEUSE. — RHUMATISME DE L'ÉPAULE. — DEPUIS TROIS MOIS : DIARRHÉE. — AMAIGRISSEMENT, ANOREXIE, POLYURIE, POLLAKYURIE ; CRAMPES DANS LES JAMBES DATANT DE 4 ANS. — PAS D'HYPERTENSION NI D'HYPERTROPHIE DU COEUR. — Actuellement : PHÉNOMÈNES GASTRO-INTESTINAUX AVEC ALBUMINURIE ET FIÈVRE PROBABLEMENT D'ORIGINE URÉMIQUE. — BACILLOSE PULMONAIRE (BACILLES DANS CRACHATS).

A..., Louise, née V..., 53 ans.

Entrée en mars 1900, salle Sainte-Marie n° 21, service de M. Roque.

La durée de la maladie est de 138 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 46 jours.

Le maximum de température est de 40° le 94^e jour.

Les taches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est mortelle.

On ne note pas de rechute.

Comme complications on constate une diarrhée depuis trois mois, aggravée depuis un mois; de la toux avec de la dyspnée et de l'anorexie; quelques vomissements après la toux.

La terminaison est la mort.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 120^e jour (30 mars).

A 1 pour 10 : quelques amas douteux mais les bacilles mobiles prédominent très nettement.

A 1 pour 30 : quelques amas douteux ; mais les bacilles mobiles prédominent très nettement.

A l'autopsie : aux poumons des deux côtés on trouve une infiltration tuberculeuse très prononcée, avec des cavernules au sommet gauche et une grosse caverne au sommet droit.

Le cœur n'est pas gros, mais présente un peu d'athérome de l'aorte.

Aux intestins on ne trouve pas d'ulcérations intestinales bien nettes.

Aux reins : le rein droit est un peu altéré ; la capsule est un peu adhérente et la substance un peu décolorée. Le rein gauche est beaucoup plus altéré ; tout y est diffus. On n'y reconnaît pas la substance corticale ni les pyramides de Malpighi. La capsule est très adhérente.

OBSERVATION CLXXII

MÉNINGITE TUBERCULEUSE PRÉCÉDÉE D'UNE LONGUE PÉRIODE D'EMBARRAS GASTRIQUE. — PAS DE SIGNES OBJECTIFS DE LÉSIONS DES MÉNINGES. — PAS D'EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE

F... Eugène, 13 ans.

Entré en novembre 1899, salle Saint-Eucher, n° 8, service de M. Mouisset.

La durée de la maladie est de 20 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 10 jours.

Le maximum de température est de 39° 6 le 12^e jour.

Les taches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est mortelle.

On ne note pas de rechute.

Comme complications on constate des douleurs rénales, la position en chien de fusil, les raies méningitiques, les crises hydrocéphaliques.

La terminaison est la mort.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 13^e jour (25 novembre).

A 1 pour 10 : agglutination négative.

OBSERVATION CLXXIII

MÉNINGITE TUBERCULEUSE.

P...

Novembre 1899.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 9^e jour (5 novembre).

OBSERVATION CLXXIV

MÉNINGITE.

X...

Entré en octobre 1899, salle St-Augustin n° 39, service de M. Bondet.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 9^e jour.

OBSERVATION CLXXV

NÉVROPATHIE. — ONANISME. — DÉPRESSION CÉRÉBRALE AVEC MUTISME AYANT PU FAIRE SONNER A UNE MÉNINGITE. — ALBUMINURIE SURVENUE DANS LE COURS DU TRAITEMENT, N'EXISTANT PAS AU DÉBUT, AYANT DISPARU A LA FIN, ET S'ÉTANT ACCOMPAGNÉE D'UNE RÉTENTION D'URINE — PAS DE SIGNES DE NÉPHRITE, PAS D'ALCOOLISME, PAS DE TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX POUVANT ÊTRE CONSIDÉRÉS COMME LA CAUSE OCCASIONNELLE DES ACCIDENTS CÉRÉBRAUX.

R..., Théodore, 20 ans.

Entré en novembre 1899, salle St-Eucher, n° 7, service de M. Mouisset.

La durée de la maladie est inconnue.

La durée de la fièvre à l'hôpital est inconnue.

Le maximum de température est inconnu.

Les taches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est légère.

On ne note pas de rechute.

Comme complications, on constate du mutisme et de l'indifférence pour l'entourage, une sensibilité erronée, des convulsions rythmées des épaules, des pupilles dilatées.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 6^e jour (20 novembre).

A 1 pour 10 : agglutination négative.

OBSERVATION CLXXVI

SYNDROME MÉNINGITE.

C..., Joseph, 24 ans.

Entré en septembre 1899, salle St-Nizier n° 15, service de M. Roque.

La durée de la maladie est de 5 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 3 jours.

Le maximum de température est inconnu.

Les taches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est mortelle.

On ne note pas de rechute.

Comme complications, on constate du délire, du coma, de l'hyperesthésie cutanée, de la dyspnée vers la fin.

La terminaison est la mort.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 3^e jour (22 septembre).

Les mélanges ont été faits avec deux cultures d'âge différent ; en 3 heures aucune des dilutions n'était agglutinée.

OBSERVATION CLXXVII

ACCIDENTS MÉNINGÉS. — TUBERCULOSE PULMONAIRE.

G..., Francine, 42.

Entrée en juin 1899, salle Ste-Blandine, n° 42, service de M. Audry.

La durée de la maladie est de 15 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 4 jours.

Le maximum de température est de 39°7 le 14^e jour,

Les taches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est mortelle.

On ne note pas de rechute.

Comme complications, on constate du délire, de la dilatation pupillaire ; de la blépharoptose, de l'albumine le 11^e jour, une cyanose dans les bains et des hallucinations le 14^e jour.

La terminaison est la mort.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 14^e jour (6 juin), malgré la présence de quelques amas douteux à 1 pour 10.

A l'autopsie : aux poumons on trouve des adhérences solides avec les parois thoraciques. Le sommet gauche est induré. On constate deux à trois foyers de ramollissement, et quelques granulations blanchâtres saillantes.

Au cerveau : la substance cérébrale a une consistance pâteuse. A la base se trouve un peu d'exsudat.

OBSERVATION CLXXVIII

SEPTICÉMIE DE CAUSE INCONNUE. — ÉRYTHÈME POLYMORPHE. —
ENDOCARDITE INFECTIEUSE SECONDAIRE. — MORT.

G..., Annette, 18 ans.

Entrée en mai 1899, salle Sainte-Blandine, n° 15, service de M. Audry.

La durée de la maladie est de 11 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 6 jours.

Le maximum de température est de 40°9 le 10^e jour.

Les taches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est mortelle.

On ne note pas de rechute.

Comme complications on constate du trismus, de la dysphagie par spasme, de la tachycardie.

La terminaison est la mort.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 11^e jour (20 mai).

A l'autopsie : au cerveau, on constate une adhérence plus marquée de la pie-mère à la substance corticale.

Aux poumons, on trouve une ancienne adhérence à la base gauche et de la congestion des bases avec une véritable atélectasie.

Au cœur, dans le péricarde on découvre environ deux cuillérées d'un liquide louche. Sur les faces axiales des valvules mitrale et tricuspide sont quelques végétations blanchâtres oscillant entre la grosseur d'une tête d'épingle et celle d'un grain de mil. Il en est de même sur les valvules pulmonaires et aortiques, mais les végétations y sont moindres et, en plus, rares.

La rate présente trois à quatre infarctus nets.

L'intestin présente quelques petits infarctus.

OBSERVATION CLXXIX

GRANULIE A FORME TYPHOÏDE. — PAS D'AUTOPSIE.

G..., Louis-Gustave, 5 ans.

Entré en février 1900, salle Sainte-Aline, n° 2, service de M. Audry.

La durée de la maladie est de 18 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 6 jours.

Le maximum de température est de 40°6 le 13^e jour.

Les taches rosées sont constituées en petit nombre le 13^e jour.

La gravité est mortelle.

On ne note pas de rechute.

Comme complications on constate des épistaxis, une faiblesse progressive, une diarrhée noirâtre et fétide, de la céphalée gravative, du sub-délire et des signes de bronchite.

La terminaison est la mort.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 14^e jour (20 février).

A 1 pour 10 : agglutination très incomplète (quelques rares et petits amas; nombreux bacilles mobiles).

A 1 pour 30 : agglutination négative (tous bacilles mobiles).

OBSERVATION CLXXX

GRANULIE.

D...

Entré en juin 1899, salle Saint-Augustin, service de M. Bondet.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 24 juin.

OBSERVATION CLXXXI

STREPTOCOCCIE. — GROSSE RATE. — MORT.

X...

Entré en septembre 1899, salle Saint-Augustin, n° 7, service de M. Bondet.

Le **séro-diagnostic** est : 1° *négatif* le 27 septembre.

A 1 pour 10.

2° *négatif* le 29 septembre.

A 1 pour 10.

OBSERVATION CLXXXII

IMPALUDISME.

R..., Alexandre, 17 ans.

Entré en juin 1899, salle Saint-Eucher, n° 8, service de M. Mouisset.

La durée de la maladie est de 19 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 4 jours.

Le maximum de température est de 39°5.

Les taches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est légère.

Il n'y a pas de rechute.

Il n'y a pas de complications.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 31^e jour (1^{er} juillet), 3^e jour d'apyrexie.

OBSERVATION CLXXXIII

FIÈVRE A TEMPÉRATURE TRÈS ÉLEVÉE, CONTINUE, PRISE PENDANT LA VIE POUR UNE FIÈVRE TYPHOÏDE. — DÉLIRE-TACHYCARDIE EXTRÊME. — DYSPHAGIE. — ALBUMINURIE. — A L'AUTOPSIE : PNEUMONIE DES 2/3 SUPÉRIEURS DU POUMON DROIT.

H..., Marius 18 ans.

Entré en décembre 1899, salle St-Nizier, n° 25, service de M. Roque.

La durée de la maladie est de 9 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 3 jours.

Le maximum de température est de 40°7 le 7^e jour.

Les taches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est mortelle.

On ne note pas de rechute.

Comme complications on constate du délire très agité, de la tachycardie extrême, de la dysphagie, de l'albuminurie.

La terminaison est la mort.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 7^e jour (27 décembre).

A 1 pour 10 : agglutination négative.

A l'autopsie : aux poumons on a constaté une pneumonie des deux lobes supérieurs du poumon droit, une hépatisation rouge totale de ces lobes. Le lobe inférieur est intact. On trouve de la congestion de la moitié postérieure du poumon gauche.

Le cœur est petit, gonflé par des caillots fibrineux. L'aorte et les artères sont de très petit calibre. On note de *l'aortis chlorotica*.

Au cerveau on trouve de la congestion des méninges sans inflammation.

OBSERVATION CLXXXIV

PNEUMONIE INFECTIEUSE AVEC DIARRHÉE. — ASPECT TYPHIQUE.

C...

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 2^e jour d'hôpital.

OBSERVATION CLXXXV

TUBERCULOSE PULMONAIRE. — SIGNES PHYSIQUES TRÈS DISCRETS.

C..., Georges, 24 ans.

Entré en mars 1899, salle St-Nizier, n° 23, service de M. Devic.

La durée de la maladie est de 35 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 28 jours.

Le maximum de température est de 38°4.

Les taches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est moyenne.

Il n'y a pas de rechute.

Comme complications on constate une légère hémoptysie avec légère épistaxis.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 29^e jour (9 avril).

Bacilles mobiles, pas d'amas, même à 4 pour 10.

OBSERVATION CLXXXVI

TUBERCULOSE PULMONAIRE. — INDURATION DU SOMMET DROIT.

— TUBERCULOSE DES REINS, PRÉDOMINANT DU COTÉ GAUCHE,
ET DES DEUX TESTICULES.

C..., Jean-Marie, 41 ans.

Entré en mars 1899, salle St-Nizier, n° 17, service de M. Devic.

La durée de la maladie est de 81 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 55 jours.

Le maximum de température est de 39°6.

Les taches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est sérieuse.

Il n'y a pas de rechute.

Comme complications on constate des points douloureux spléniques, signes de tuberculose du poumon et des testicules.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 23^e jour (24 mars), même à 1 pour 10.

OBSERVATION CLXXXVII

TUBERCULOSE PULMONAIRE ET COECALE. — AUTOPSIE :

TUBERCULOSE COECALE ET PULMONAIRE.

B..., Léontine.

Entrée en mars 1900, salle des 4^{es} Femmes, n° 14, service de M. Teissier.

La durée de la maladie est de 3 mois.

La durée de la fièvre, à l'hôpital est inconnue.

Le maximum de température est de 39° et 40°.

Les taches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est sérieuse.

La terminaison est la mort.

Le **séro-diagnostic** est 1° : *négatif* le 2 mars.

2° *négatif* le 19 mars.

3° *négatif* le 10 avril.

A 1 pour 10 : agglutination négative.

OBSERVATION CLXXXVIII

GRANULIE PULMONAIRE.

D..., Pierre, 39 ans.

Entré en septembre 1899, salle St-Jean, n° 1; service de M. Bouveret.

La durée de la maladie est de 18 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 8 jours.

Le maximum de température est de 39°8 le 11^e jour.

Les taches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est mortelle.

On ne note pas de rechute.

Comme complications, on constate de la dyspnée.

La terminaison est la mort.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 14^e jour (8 septembre).

A l'autopsie : aux poumons, on découvre une granulie très confluyente des deux poumons.

Au cœur, il y a quelques végétations de forme récente sur le péricarde et l'endocarde (bords des valvules sigmoïdes).

Au cerveau, la pie-mère est œdémateuse et congestionnée. Quelques granulations blanchâtres se voient le long des vaisseaux. On trouve un dartus fibrineux à la base. Il y a une hydrocéphalie intense.

OBSERVATION CLXXXIX

CONGESTION PULMONAIRE SOMMET GAUCHE.

R..., Julien, 29 ans.

Entré en avril 1899, salle Saint-Pierre, n° 20, service de M. Roque.

La durée de la maladie est de 88 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 81 jours.

Le maximum de température, 40°2.

Les taches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est sérieuse.

Il n'y a pas de rechute.

Comme complications on constate des frissons.

La terminaison est le départ pour Longchêne.

Le **séro-diagnostic** est négatif le 9^e jour (7 avril), malgré la présence de quelques petits amas à 1 pour 10.

OBSERVATION CXC

GRIPPE.

F..., Marie, 22 ans.

Entrée en janvier 1900, salle des 2^{es} Femmes, n° 6, service de M. Josserand.

La durée de la maladie est de 19 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 4 jours.

Le maximum de température est de 39°8.

Les taches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est légère.

Il n'y a pas de rechute.

Comme complications, on constate des frissons, des points de côté et de l'anorexie.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est absolument *négatif* le 17^e jour (22 janvier).

OBSERVATION CXCI

ICTÈRE.

M..., Marius.

Entré en mai 1899, salle St-Augustin, n° 20, service de M. Bondet.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 8 juin.

OBSERVATION CXCH

ICTÈRE CATARRHAL.

X...

Entré en décembre 1899, salle Saint-Augustin, n° 58 (couchette), service de M. Bondet.

Le **séro-diagnostic** est : 1° *négatif* le 18 décembre.

A 1 pour 10 : agglutination très incomplète (quelques amas rares et petits ; bacilles mobiles).

A 1 pour 30 : agglutination négative (bacilles mobiles et quelques bacilles accolés).

A 1 pour 50 : agglutination négative (bacilles mobiles et quelques bacilles accolés).

2° *négatif* le 24 décembre.

A 1 pour 10 : agglutination négative.

OBSERVATION CXCH

FOIE.

P...

Entré en août 1899, service de M. Mouisset.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 3 août.

OBSERVATION CXCV

HÉPATITE ALCOOLIQUE. — DIARRHÉE.

X...

Entré en juillet, salle Saint-Augustin, n° 6, service de M. Bondet.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 17 juillet.

OBSERVATION CXCV

DYSPEPSIE ANTÉRIEURE. — ALCOOLISME. — HÉMORRHAGIE
GASTRO-INTESTINALE. — ANÉMIE.

T..., Auguste, 42 ans.

Entré en janvier 1900, salle Saint-Pierre, n° 3, service de M. Roque.

La durée de la maladie est de 17 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 12 jours.

Le maximum de température est de 40°5 le 15^e jour.

Les taches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est légère.

Il n'y a pas de rechute.

Comme complications on constate des palpitations, de la dyspnée, de l'inappétence, de la constipation, un souffle systolique à l'orifice tricuspide et un double souffle aortique.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 11^e jour (23 janvier).

A 1 pour 10 : agglutination négative.

OBSERVATION CXCVI

DIARRHÉE CATARRHALE AVEC FIÈVRE.

X...

Entré en juillet 1899, salle Saint-Augustin, n° 26, service de M. Bondet.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 18 juillet.

OBSERVATION CXCVII

DOTHÉNENTÉRIE. — ANGINE PULSACÉE. — APPENDICITE.

D..., Jeanne, 25 ans.

Entrée en juillet 1900, salle Sainte-Blandine, n° 17, service de M. Audry.

La durée de la maladie est de 41 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 5 jours.

Le maximum de température est de 39°5.

Les taches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est sérieuse.

Il y a une rechute.

Comme complications on constate une angine pultacée et une appendicite.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 36^e jour.

OBSERVATION CXCVIII

AVORTEMENT OVULAIRE (?). — INFECTION PUERPUÉRALE. —
APPENDICITE.

T..., Claudia, 17 ans.

Entrée en juillet 1899, salle des 3^{es} Femmes, n° 24, service de M. Renaut.

La durée de la maladie est de 19 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 11 jours.

Le maximum de température est de 39°9 le 10^e jour.

Les taches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est moyenne.

Il n'y a pas de rechute.

Il n'y a pas de complications autres que la maladie elle-même.

La terminaison est le passage en chirurgie.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 10^e jour (18 juillet).

A 1 pour 10: agglutination négative (pas d'amas, bacilles mobiles).

OBSERVATION CXCIX

INFECTION PUERPUÉRALE. — DIAGNOSTIC DE FIÈVRE TYPHOÏDE
EN VILLE.

M..., Marie, 46 ans.

Entrée en juillet 1899, salle Sainte-Clotilde, n° 14, service de M. Roque.

La durée de la maladie est de 22 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital 14 jours.

Le maximum de température est de 40°6 le 5^e jour.

Les taches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est sérieuse.

Il n'y a pas de rechute.

Comme complications on constate des frissons de fièvre puerpérale.

La terminaison est le passage en chirurgie.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 5^e jour (23 juillet).

OBSERVATION CC

ABCÈS PÉRIVAGINAL CONSÉCUTIF A UNE ULCÉRATION DU VAGIN.

F..., Joséphine, 26 ans.

Entrée en mai 1899, 1^{re} Infirmerie, n° 30, service de M. Pollosson.

La durée de la maladie est de 44 jours.

La durée de la fièvre à l'hôpital est de 44 jours.

Le maximum de température est de 41 degrés le 19^e jour.

Les taches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est prolongée.

On ne note pas de rechute.

Comme complications on constate la formation de l'abcès.

La terminaison est la guérison,

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 21^e jour (16 mai).

Renseignements : la malade accouche à la Maternité le 18 avril 1899.

Trois jours après elle éprouve des douleurs très fortes dans toute la région de l'abdomen, avec de légers frissons et des vomissements.

Actuellement : les douleurs ont un peu diminué.

Le ventre est sonore. Au palper on a une sensation de tumeur abdominale, en plastron, très douloureuse.

On pratique l'ouverture de la poche au bistouri le 29 mai.

OBSERVATION CCI

PÉRICARDITE. — ENDOCARDITE? — RÉTRÉCISSEMENT MITRAL.

G..., Pierrette, 20 ans.

Entrée en juin 1899, salle Sainte-Blandine, n° 41, service de M. Audry.

La durée de la maladie est inconnue.

La durée de la fièvre à l'hôpital est inconnue.

Les taches rosées ne sont pas constatées.

La gravité est légère.

Il n'y a pas de rechute.

Comme complications on constate, au début, un souffle à la pointe du cœur et un bruit de galop avec un deuxième bruit rude et râpeux, puis un roulement diastolique donnant le rythme mitral.

La terminaison est la guérison.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 9 juin.

OBSERVATION CCII

MALADIE D'ADDISON.

X...

Entré en Octobre 1899.

Le **séro-diagnostic** est *négatif* le 3 octobre.

A 1 pour 10 : agglutination négative.

DISCUSSION GÉNÉRALE

CHAPITRE V

Discussion des résultats.

Si, maintenant, nous résumons les données acquises, nous obtenons les résultats que nous avons réunis dans le tableau VII.

Ce tableau général est composé lui-même de trois tableaux spéciaux, correspondant à chacune des trois parties de notre travail. D'ailleurs, ils sont divisés d'une façon identique et forment un ensemble résumant toutes nos observations.

La première colonne est réservée aux différents chapitres et les deux autres indiquent le nombre total des cas observés et des séro-réactions recherchées avec les résultats obtenus.

Notre travail porte donc sur 202 cas différents de fièvre typhoïde, d'embarras gastrique ou de maladies diverses, qui ont donné lieu à 443 séro-réactions. Tous ces résultats peuvent se grouper de la façon suivante, ainsi qu'il ressort nettement de l'examen du tableau précédent.

PREMIÈRE PARTIE. — FIÈVRE TYPHOÏDE.

Nous avons observé 133 cas de fièvre typhoïde qui se divisent ainsi :

Fièvres typhoïdes moyennes.....	46
Fièvres typhoïdes graves.....	45
Fièvres typhoïdes anormales.....	3
Séro-diagnostics typhiques accompagnés seulement du diagnostic clinique.....	39

Ces 133 cas ont donné les résultats suivants :

112 cas ont été positifs.
11 cas ont été douteux.
1 cas a été entièrement négatif.
1 cas a été d'abord positif, puis négatif.
6 cas ont été négatifs puis positifs.
2 cas ont été d'abord négatifs, puis positifs, enfin négatifs.

Nous avons déjà fait remarquer que les cas douteux ne peuvent être placés ni parmi les cas positifs ni parmi les cas négatifs, car la plupart ont été examinés entre le onzième et le quinzième jour, c'est-à-

dire à une époque où la séro-réaction est considérée comme moins constante. Une pareille réponse doit donc être corroborée par une nouvelle recherche, pour pouvoir fournir une certitude au clinicien. Il est probable que cette seconde recherche serait généralement positive.

Donc, *lors d'une première recherche*, la séro-réaction a été absente dans 9 cas, ce qui donne une proportion de 6,75 pour 100.

Ces 133 cas ont donné lieu à 353 séro-réactions qui se groupent ainsi :

326 séro-réactions ont été positives.
13 séro-réactions ont été douteuses.
14 séro-réactions ont été négatives.

A ce point de vue la séro-réaction a été négative dans 4 pour 100 des cas.

Nous allons étudier maintenant, en détail, les résultats obtenus pour chacune des catégories de fièvre typhoïde et les conclusions qui en découlent.

Formes moyennes. — Ces observations sont au nombre de 46 et ont nécessité 104 séro-réactions, parmi lesquelles 6 ont été douteuses et 1 seulement a été négative. Remarquons que, pour ce cas négatif (Obs. VII), une recherche ultérieure a montré une agglutination positive. Quant aux cas douteux, nous nous sommes déjà expliqué à plusieurs reprises sur ce sujet.

L'examen des résultats obtenus nous montre donc

que, sur les 46 cas moyens, 1 (soit 2,2 pour 100) seulement a été négatif.

Formes graves. — Ces cas, au nombre de 45, ont donné lieu à 194 séro-réactions. Les réponses négatives n'ont été qu'au nombre de 4. Si l'on envisage le nombre de cas, ces quatre séro-réactions négatives se rapportent à 4 cas différents, dont 3 ont donné, dans des recherches ultérieures, des résultats positifs. Dans le cas exclusivement négatif, la séro-réaction n'a pas pu être examinée à nouveau, le malade étant mort deux jours après la première recherche. Ces 4 cas négatifs donnent un pourcentage de 9 pour 100.

Appendice. — Nous avons groupé sous le titre « appendice » deux sortes de cas qui, tout en rentrant dans le cadre de notre travail, méritent une place à part à cause de certains caractères spéciaux qui les distinguent des formes moyennes et des formes graves de fièvre typhoïde que nous avons étudiées jusqu'ici.

Il s'agit d'abord de trois observations où la dothiéntérie s'est présentée d'une façon anormale. L'évolution clinique des symptômes, la marche de la température sont différentes de celles que l'on observe dans la fièvre typhoïde avérée. Or, il est intéressant de remarquer combien la courbe du pouvoir agglutinant est indécise et s'éloigne de sa forme habituelle. Ici, en effet, l'agglutination, absente au début, sauf pour un cas où elle n'a été

recherchée qu'une fois (Obs. XCIV), n'apparaît que très faiblement pour disparaître ensuite. L'indécision remarquée dans l'infection par le bacille d'Eberth, se voit donc aussi dans la réaction de l'organisme.

Nous avons ensuite réuni dans un paragraphe spécial trente-neuf cas pour lesquels nous n'avons pu vérifier la réponse fournie par la séro-réaction que par le diagnostic clinique, sans avoir pu nous procurer l'observation détaillée des maladies. Pour cette raison, ces cas ne peuvent rentrer dans le cadre des formes graves ou des formes moyennes de fièvre typhoïde et participer à la composition du pourcentage que nous venons d'établir. Mais, néanmoins, nous leur donnons une place dans notre statistique générale, puisque la réponse fournie par la séro-réaction s'est trouvée confirmée par le diagnostic clinique, basé sur l'étude des divers symptômes et de l'évolution de la maladie. En effet, sur les 39 cas, 4 ont été douteux, 1 a été positif, puis négatif, et 2 ont été d'abord négatifs puis positifs. Ils ont nécessité 45 séro-réactions dont 37 positives, 5 douteuses et 3 négatives. Nous sommes donc autorisé à voir, dans ces résultats obtenus, une nouvelle preuve en faveur du séro-diagnostic, puisque les trois réactions négatives ne l'ont été qu'à un moment donné de la maladie et ont été suivies de réponses positives.

Nous croyons devoir faire remarquer, encore une fois, que notre statistique perd une partie de sa

valeur en ne portant pas sur la totalité des séro-réactions effectuées au laboratoire du service de bactériologie générale des Hôpitaux. Mais, par contre, elle en acquiert, par ce fait que nous sommes placés dans des conditions défavorables au point de vue du séro-diagnostic. En effet, les cas, pour lesquels les chefs de service font chercher la séro-réaction sont, en général, ceux qui se présentent d'une façon irrégulière, avec des symptômes plus ou moins classiques, et où le diagnostic est hésitant. Les cas simples, avérés, où la maladie évolue d'une façon normale ne donnent lieu à aucune recherche et échappent à notre statistique.

Nous nous croyons donc autorisé à dire que le pourcentage exact de la présence ou de l'absence de la séro-réaction dans la fièvre typhoïde différerait peut-être un peu du nôtre, mais en faveur du séro-diagnostic.

Mais l'intérêt de notre statistique réside moins dans les résultats absolus que nous avons énumérés plus haut, que dans la comparaison des résultats obtenus dans les formes moyennes et dans les formes graves au point de vue de la séro-réaction. En effet, dans les premières, les séro-réactions négatives ne s'observent que dans deux pour cent des cas (1 cas sur 46 malades), tandis que, dans les secondes, elles ont été constatées dans neuf pour cent des cas (4 cas sur 45 malades).

De plus, dans les formes moyennes, la séro-réaction n'a jamais été négative après le neuvième jour. Et, même, dans ce cas, la séro-réaction a été positive

deux jours plus tard. Au contraire, dans les formes graves, la séro-réaction a pu manquer à plusieurs reprises pour un même cas et être absente jusqu'au 92^e jour.

Nous avons déjà fait remarquer que ces cas à séro-réaction retardée ont tous présenté des complications sérieuses ou mortelles.

D'ailleurs, la proportion à laquelle nous arrivons pour le rapport de l'absence de la séro-réaction dans les formes moyennes et dans les formes graves est à peu près la même que celle qu'a obtenue Berne dans sa thèse. Cette absence est environ quatre fois plus fréquente dans les formes graves.

DEUXIÈME PARTIE. — EMBARRAS GASTRIQUE

Quant aux embarras gastriques, fébriles ou non, sur 29 cas, 9 ont donné un séro-diagnostic positif (soit 31 pour 100). Sur les 35 séro-réactions qu'ils ont nécessitées, 13 ont été positives (soit 37 pour 100).

Il semblerait donc que le tiers environ des embarras gastriques soit manifestement dû à une infection éberthienne. Pour ces cas, en effet, la discussion n'est pas permise.

Mais nous avons vu que, pour les cas négatifs, l'absence d'agglutination laissait subsister le doute sur la nature réelle de la maladie, surtout quand cette recherche n'avait été pratiquée qu'une seule

fois et avant la chute complète de la température.

En effet, dans plusieurs cas où cette recherche a été prolongée en pleine période de convalescence, elle est devenue de plus en plus positive après avoir été négative, lors d'une première recherche. A ce point de vue, l'étude de ces maladies montre une dissociation complète des phénomènes morbides. Au début de la maladie, où l'infection semble le plus active, où les symptômes cliniques sont le plus accusés, où la fièvre est le plus forte, le séro-diagnostic est rarement positif. Puis, au moment où la température s'abaisse, où les symptômes s'amendent, la séro-réaction apparaît, mais faiblement. Enfin, c'est à la période de l'évolution de la maladie où l'apyrexie est complète, où l'affection semble terminée que le pouvoir agglutinant se montre nettement et atteint son maximum.

Pour attribuer d'une façon certaine un embarras gastrique à une cause autre que le bacille d'Eberth, il faudrait donc que la recherche du pouvoir agglutinant fût pratiquée à plusieurs reprises, et surtout après l'apyrexie.

Par conséquent, tout en admettant la possibilité de l'existence propre d'un certain nombre d'embarras gastriques, nous les rattachons, pour la plupart, à l'infection par le bacille d'Eberth. D'ailleurs cette similitude se remarque dans les symptômes qui ne diffèrent, dans ces sortes de maladies, que par leur gravité plus ou moins considérable. La distinction que l'on avait voulu fonder sur la marche de la température n'est pas aussi caractéristique que l'avaient

cru certains auteurs. Enfin, la possibilité de voir un embarras gastrique fébrile rechuter en fièvre typhoïde confirmée, par suite d'une simple indigestion, comme pour la fièvre typhoïde elle-même, vient fournir une preuve irréfutable de l'identité de certains cas de ces deux maladies.

Il s'en suit que l'infection par le bacille d'Eberth donne bien naissance, ainsi que l'ont dit certains auteurs, à une série d'affections qui ne diffèrent les unes des autres que par la plus ou moins grande intensité de l'infection et, par conséquent, des symptômes et de la réaction de l'organisme. On pourrait grouper ces diverses modalités d'une même entité morbide en partant de la plus sérieuse, la fièvre typhoïde mortelle ou compliquée et en passant par la fièvre typhoïde moyenne, la typhoïdette, pour arriver à certaines formes d'embarras gastrique apyrétique à séro-diagnostic positif. Les deux extrémités de cette échelle éberthienne sont faciles à distinguer l'une de l'autre, mais la différenciation de deux échelons intermédiaires voisins est impossible à établir. Les diverses appellations employées ne servent donc pas à désigner, du moins théoriquement, des maladies distinctes, mais seulement des degrés différents, placés plus ou moins haut dans l'échelle des infections éberthiennes.

TROISIÈME PARTIE. — MALADES NON TYPHIQUES.

Enfin l'examen des résultats obtenus chez les malades non typhiques vient apporter de nouvelles preuves à l'appui de la théorie que nous soutenons.

Sur 38 observations, 35 ont donné des séro-réactions négatives et confirment la règle. Le nombre de séro-réactions cherchées est 50, parmi lesquelles 47 ont été franchement négatives, 2 ont été positives et une a été douteuse.

Par conséquent, sur 38 cas, 35 viennent confirmer la règle avec 47 séro-réactions effectuées. Quant aux 3 cas dont le séro-diagnostic a été positif ou douteux il eût fallu qu'un examen bactériologique vint établir la nature réelle de l'infection. En l'absence de cette vérification, on peut supposer l'existence d'une localisation éberthienne en un point quelconque de l'organisme. D'autant plus qu'au début, l'allure générale de la maladie avait fait penser à une fièvre typhoïde possible.

Applications pratiques.

De la discussion générale qui précède nous pouvons tirer les applications pratiques suivantes.

I. — FIÈVRE TYPHOÏDE. — *Séro-diagnostic.* — La constance et la valeur du séro-diagnostic de Widal

se trouvent confirmées par l'étude de nos observations de fièvre typhoïde, puisque nous l'avons trouvé d'une façon nette ou probable dans 98 pour 100 des cas pour les formes moyennes et dans 91 pour 100 des cas pour les formes graves.

Par conséquent, la présence de la séro-réaction permet bien, ainsi que l'a établi Widal, d'affirmer l'existence d'une infection éberthienne. Quant à l'absence du pouvoir agglutinant, elle ne suffit pas nous l'avons vu, à faire rejeter d'une façon absolue le diagnostic de fièvre typhoïde.

Séro-pronostic. — L'absence ou le retard de la séro-réaction sont beaucoup plus fréquents dans les formes graves (9 pour 100) que dans les formes moyennes (2 pour 100). Cela confirme les données que M. P. Courmont a déjà établies à plusieurs reprises sur le pronostic de la fièvre typhoïde (1), et qui démontrent que cette absence ou ce retard de la séro-réaction doivent faire porter un pronostic sérieux.

II. — EMBARRAS GASTRIQUE. — L'étude des résultats que M. P. Courmont a obtenus en recherchant le séro-diagnostic dans l'embarras gastrique, montre bien qu'il faut souvent rattacher cette maladie à la fièvre typhoïde. Par conséquent le clinicien ne doit pas se laisser influencer par la marche de la ma-

(1). P. COURMONT. — *In loco citato.*

ladie qui semble évoluer vers la guérison définitive et doit continuer à prendre des précautions pour l'alimentation du malade, même au moment de la convalescence, sans toutefois avoir recours à un régime aussi sévère que celui de la fièvre typhoïde.

CONCLUSIONS

I. — Fièvre typhoïde.

L'étude des 171 fièvres typhoïdes ou autres maladies pour lesquelles la recherche du séro-diagnostic de Widal a été faite 383 fois par le service de bactériologie générale des Hôpitaux, nous a conduit aux résultats suivants :

1^o Sur 133 fièvres typhoïdes, le séro-diagnostic a été positif dans 113 cas, douteux dans 11 cas, et négatif une fois seulement d'une façon complète, et huit fois d'une façon passagère, lors d'une première recherche, mais pour devenir positif dans la suite.

Ces faits confirment la grande valeur de la méthode de M. Widal.

2^o C'est surtout dans les formes moyennes que la séro-réaction est à peu près constante.

Dans les formes graves, elle est plus souvent absente, ou retardée, ou moins élevée.

3° Une séro-réaction négative au cours d'une maladie typhoïde n'est donc qu'une présomption contre le diagnostic de « fièvre typhoïde », comme l'a dit, dès le début, M. Widal. Cela est vrai, surtout si la maladie est d'allure grave.

4° L'absence de la séro-réaction à une période avancée de la maladie semble donc d'un plus mauvais pronostic, puisqu'elle se rencontre surtout dans les formes graves.

5° Dans les maladies autres que la fièvre typhoïde, d'après la clinique, la séro-réaction est à peu près toujours absente (35 fois sur 38 cas). Les trois cas à séro-réaction positive ou douteuse concernent des faits où le diagnostic bactériologique n'a pu être posé.

II. — Embarras gastrique.

La séro-réaction de Widal, cherchée dans 31 cas d'embarras gastrique, fébrile ou non, nous a conduit aux résultats suivants :

1° Le séro-diagnostic a été positif dans 11 cas sur 31. Ces cas doivent donc être considérés comme causés par une infection à bacille d'Eberth.

2° Le pouvoir agglutinant, dans les cas où il existait, a été plus faible et plus fugace que dans la plupart des fièvres typhoïdes.

3° Le point le plus important à mettre en relief est que cette séro-réaction positive peut manquer pendant toute la période fébrile, pour n'apparaître et

s'élever que lors de l'apyrexie, lorsque la maladie semble terminée.

4° Par conséquent, l'absence de la séro-réaction positive, au cours d'un embarras gastrique, n'a de valeur négative, soit au point de vue doctrinal, soit au point de vue pratique, que si la séro-réaction a été recherchée très souvent et surtout au moment de la rémission des divers signes morbides et même après la chute de la température.

Sans cette dernière condition, une séro-réaction positive, mais fugace ou tardive, peut passer inaperçue.

5° Pour ces raisons, il importe de réviser, à ce dernier point de vue, toutes les observations d'embarras gastrique à séro-diagnostic négatif, lorsque la recherche de celui-ci n'a pas été faite dans les conditions que nous indiquons. Notamment pour les vingt observations à séro-réaction négative que nous apportons ici, nous ne pouvons nous prononcer contre la nature éberthienne de l'infection, car les recherches n'ont pas été faites assez souvent ni assez tardivement.

6° Au point de vue de la réaction agglutinante, on peut trouver tous les intermédiaires entre les fièvres typhoïdes classiques (avec courbes agglutinantes diverses, souvent élevées) et les embarras gastriques fébriles ou apyrétiques de nature éberthienne (avec courbes agglutinantes tardives, peu élevées et fugaces) en passant par les typhoïdettes (avec courbes agglutinantes variables).

7° Par conséquent, au point de vue pratique, lorsqu'on a constaté, au cours d'un embarras gastrique, une séro-réaction positive, rapprochant cette maladie des fièvres typhoïdes larvées ou bénignes ou apyrétiques, il est prudent de prendre les mêmes précautions pour l'alimentation que dans une fièvre typhoïde avérée.

VU :

Le Président de la Thèse,

ARLOING.

VU :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 6 mars 1901.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — Sur le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 24 juillet 1896.
- ANTONY et FÉRÉ. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1897.
- ARTAUD et BARJON. — Fièvre typhoïde mortelle. Séro-diagnostic négatif. *Presse Médicale*, 26 février 1898, page 106.
- BERNE. — Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde dans les Hôpitaux de Lyon pendant un an. Thèse de Lyon, 1899-1900.
- BORMANNS. — De l'absence de la réaction agglutinante dans un cas mortel de fièvre typhoïde. *Presse Médicale*, 15 octobre 1898, page 226.
- BOUVERET. — Article: « Embarras gastrique », in *Traité des Maladies de l'estomac*, 1893, page 384.
- CATRIN. — Séro-diagnostic et séro-pronostic de la fièvre typhoïde. *Société Médicale des Hôpitaux*, séance du 16 octobre 1896.
- CHANTEMESSE. — La fièvre typhoïde, l'embarras gastrique et la distribution de l'eau de Seine à Paris. *Semaine Médicale*, 10 novembre 1889, page 421.
- Article: « Fièvre typhoïde », in *Traité de Médecine de Bouchard et Brissaud*, 1900, tome II, page 146 et page 172.
- P. COURMONT. — Signification de la réaction agglutinante chez

- les typhiques. Séro-pronostic de la fièvre typhoïde. Thèse de Lyon 1896-1897, n° 122.
- Courbes agglutinantes chez les typhiques. *Revue de Médecine*, 1900.
- COURTET. — Embarras gastrique et fièvre typhoïde. Thèse de Paris 1889-1890, n° 29, pages 11 et 32. Obs. XVII.
- DIEULAFOY. — Article : « Embarras gastrique », *in* Manuel de Pathologie interne, tome III.
- P. DUMAINE. — Courbes agglutinantes chez les typhiques. Thèse de Lyon 1899-1900.
- GLORGET. — Contribution à l'étude de l'embarras gastrique. Thèse de Paris 1894-1895, n° 196.
- HAUSHALTER. — Le séro-diagnostic dans la fièvre typhoïde. *Presse Médicale*, 30 septembre 1896.
- HAYEM et LION. — Article : « Embarras gastrique », *in* Traité de Médecine de Brouardel et Gilbert, 1895-1898, tome IV, page 398.
- JACCOUD. — Article : « Catarrhe gastrique », *in* Traité de Pathologie interne, 1883, tome II, page 740.
- Leçons de Clinique Médicale, 1885, pages 519 et 524.
- KELSCH. — Observations sur l'embarras gastrique fébrile. *Société Médicale des Hôpitaux*, séance du 8 mai 1885.
- KIENER. — Observations de fièvre éphémère. *Société Médicale des Hôpitaux*, séance du 10 avril 1885.
- LAVERAN. — Article : « Embarras gastrique », *in* Manuel de Pathologie médicale de Laveran et Teissier, 1894, tome I, page 34.
- Article : « Fièvre typhoïde », *idem* pages 49 et 50.
- LEMOINE. — Le séro-diagnostic dans les fièvres typhoïdes légères, abortives et dans les embarras gastriques fébriles. *Société Médicale des Hôpitaux*, séance des 24 et 31 juillet 1896.
- LÉVY. — De l'embarras gastrique fébrile dans ses rapports avec la fièvre typhoïde. Thèse de Montpellier, 1885-1886, n° 24.
- LYMAN-CREENE. — Le séro-diagnostic de Widal et la possibilité de son emploi sans le secours du microscope. *Medical Record*, 5 décembre 1896.
- MATHIEU. — Article : « Embarras gastrique », *in* Traité de Médecine de Bouchard et Brissaud, 1900, tome IV, page 236.
- NIEMEYER. — Article : « Catarrhe gastrique », *in* Traité de Pathologie interne et de thérapeutique, 1865-1866, tome I, page 505, traduction de Cornil.

PELON. — *Gazette des Hôpitaux*, n° 91, 11 août 1898.

RENAUT. — Article : « Embarras gastrique », in *Traité de Médecine de Debove et Achard*, 1893-1897, tome V, page 283.

RENDU. — Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. *Société Médicale des Hôpitaux*, séance du 3 juillet 1896.

WEDEL. — Du séro-diagnostic de Widal. Troisième Congrès de Médecine de Nancy, 6 août 1896.

WEINBERG. — Quelques faits du séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. *Presse Médicale*, 19 décembre 1896, page 683.

WIDAL. — Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. *Société médicale des Hôpitaux*, séance des 26 juin et 24 juillet 1896.

WILIÈS et BATTLE. — Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. *Presse Médicale*, 14 octobre 1898.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION. — But et division du travail.....	7
PREMIÈRE PARTIE. — <i>Le séro-diagnostic dans 133 cas de fièvre typhoïde</i>	13
CHAPITRE PREMIER. — Le séro-diagnostic dans les formes bénignes et moyennes de la fièvre typhoïde..	13
CHAPITRE II. — Le séro-diagnostic dans les formes graves et mortelles de la fièvre typhoïde.....	49
APPENDICE. — Formes anormales.....	97
Fièvres typhoïdes. Séro-diagnostic accompagnés seulement du diagnostic clinique.....	103
Résumé général.....	117
DEUXIÈME PARTIE. — <i>Le séro-diagnostic dans l'embarras gastrique</i>	121
CHAPITRE III. — Le séro-diagnostic dans les embarras gastriques fébriles ou apyrétiques.....	121
TROISIÈME PARTIE. — <i>Le séro-diagnostic dans les maladies autres que la fièvre typhoïde</i>	223
CHAPITRE IV. — Le séro-diagnostic chez les malades non typhiques.....	223
DISCUSSION GÉNÉRALE.....	259
CONCLUSIONS.....	273
BIBLIOGRAPHIE.....	277

